

Modalités :

Niveau 1 □ Niveau 2A □ Niveau 2B □ Niveau 3 □





**DOSSIER D’EVALUATION**

Autorisation d’activité de soins de Gynécologie Obstétrique

Nom de l’établissement

Table des matières

[Cadre règlementaire 5](#_Toc479864105)

[1. Présentation du demandeur 8](#_Toc479864106)

[**I.** **DOSSIER ADMINISTRATIF** 9](#_Toc479864107)

[**II.** **DOSSIER TECHNIQUE** 10](#_Toc479864108)

[2.1. Présentation générale de l’établissement 10](#_Toc479864109)

[2.1.1. Activités autorisées 10](#_Toc479864110)

[2.1.2. Identification du réseau auquel appartient l’établissement 12](#_Toc479864111)

[2.1.3. Certification HAS 12](#_Toc479864112)

[**III.** **PARTIE GENERALE** 13](#_Toc479864113)

[3.1. Organisation des différentes unités 13](#_Toc479864114)

[3.1.1. Localisation des différentes unités fonctionnelles 13](#_Toc479864115)

[3.1.2. Organisation de l’unité d’obstétrique 13](#_Toc479864116)

[3.1.3. Equipements et dispositifs médicaux (Article D. 6124-40 du Code de la santé publique) 16](#_Toc479864117)

[3.2. Données d’activité 17](#_Toc479864118)

[3.2.1. Capacités 17](#_Toc479864119)

[3.2.2. Données d’activité en gynécologie et en obstétrique 18](#_Toc479864120)

[3.2.3. Données d’activité en néonatologie 22](#_Toc479864121)

[3.2.4. Données d’activité en réanimation néonatale 23](#_Toc479864122)

[3.2.5. Prise en charge en soins palliatifs 24](#_Toc479864123)

[3.2.6. Données d’activité des urgences pédiatriques 24](#_Toc479864124)

[3.3. Plateau technique 24](#_Toc479864125)

[3.4. Qualité et sécurité 25](#_Toc479864126)

[3.5. Accessibilité aux soins 27](#_Toc479864127)

[3.5.1. Couverture sociale en suivi de grossesse 27](#_Toc479864128)

[3.5.2. Accessibilité dans les établissements privés 27](#_Toc479864129)

[3.5.3. Accessibilité dans les établissements publics 28](#_Toc479864130)

[3.6. Equipe médicale et paramédicale (Articles D. 6124-44 à D.6124-48 du Code de la santé publique) 29](#_Toc479864131)

[3.6.1. Organisation des effectifs par unité fonctionnelle 29](#_Toc479864132)

[3.6.2. Organisation des effectifs d’anesthésistes 32](#_Toc479864133)

[3.6.3. Démographie des effectifs 33](#_Toc479864134)

[**IV.** **ORIENTATION ET SUIVI DE GROSSESSE** 37](#_Toc479864135)

[4.1. Organisation permettant de fournir aux femmes enceintes des informations sur le parcours de soins avant l’accouchement 37](#_Toc479864136)

[4.2. Modalités d’organisation du suivi de grossesse 38](#_Toc479864137)

[**V.** **PRISE EN CHARGE DE L’ACCOUCHEMENT ET DU NOUVEAU-NE EN FONCTION DU TYPE DE MATERNITE** 43](#_Toc479864138)

[5.1. Maternité 43](#_Toc479864139)

[5.1.1. Transferts 43](#_Toc479864140)

[5.2. Unité de néonatalogie 44](#_Toc479864141)

[5.2.1. Transferts de néonatalogie hors lits kangourous 45](#_Toc479864142)

[5.2.2. Unité de néonatologie sans soins intensifs 46](#_Toc479864143)

[5.2.3. Equipement et dispositifs médicaux 46](#_Toc479864144)

[5.3. Unité de néonatalogie avec soins intensifs 47](#_Toc479864145)

[5.3.1. Transferts SI 47](#_Toc479864146)

[5.3.2. Unité de néonatologie avec soins intensifs 48](#_Toc479864147)

[5.3.3. Equipement et dispositifs médicaux 49](#_Toc479864148)

[5.4. Unité de réanimation néonatale 50](#_Toc479864149)

[5.4.1. Activité unité de réanimation 50](#_Toc479864150)

[5.4.2. Transferts REA 51](#_Toc479864151)

[5.4.3. Unité de néonatologie avec réanimation 51](#_Toc479864152)

[5.4.4. Unité de réanimation néonatale 52](#_Toc479864153)

[5.4.5. Equipement et dispositifs médicaux 53](#_Toc479864154)

[**VI.** **CONDITIONS ET ORGANISATION DU RETOUR A DOMICILE DES MERES ET DE LEURS NOUVEAU-NES** 54](#_Toc479864155)

[6.1. Organisation de la sortie de la maternité 54](#_Toc479864156)

[**VII.** **ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS SPECIFIQUES** 56](#_Toc479864157)

[7.1. Organisation des urgences 56](#_Toc479864158)

[7.2. Gestion de l’hémorragie de la délivrance 56](#_Toc479864159)

[7.3. Organisation de l’offre en orthogénie (IVG) 57](#_Toc479864160)

[**VIII.** **REFERENCE AU PRS** 58](#_Toc479864161)

[8.1. Améliorer le parcours de santé en périnatalité 58](#_Toc479864162)

[8.2. Renforcer le rôle des réseaux de périnatalité 58](#_Toc479864163)

[**IX.** **EVOLUTION DE L’ACTIVITE ET RESPECT DES ENGAGEMENTS** 60](#_Toc479864164)

[9.1. Etat de réalisation des objectifs et engagements 60](#_Toc479864165)

[9.1.1. Réalisation de l’évaluation et des engagements 60](#_Toc479864166)

[9.1.2. Etat de réalisation des objectifs du CPOM relatifs à la période d’évaluation 60](#_Toc479864167)

[9.1.3. Etat de réalisation des conditions particulières de l’autorisation 60](#_Toc479864168)

[9.2. Evolutions envisagées 60](#_Toc479864169)

[9.3. Actualisation de la partie relative à l’évaluation et renouvellement des engagements 61](#_Toc479864170)

[9.3.1. Engagements relatifs à l’évaluation de l’activité 61](#_Toc479864171)

[9.3.2. Engagements relatifs au CPOM 61](#_Toc479864172)

[9.3.3. Engagements du demandeur prévus à l’Article R.6122-32-1-e 61](#_Toc479864173)

[**X.** **Annexes** 62](#_Toc479864174)

[10.1. Annexe A : dispositifs médicaux 62](#_Toc479864175)

[10.1.1. Obstétrique 62](#_Toc479864176)

[10.1.2. Néonatologie 65](#_Toc479864177)

[10.1.3. Réanimation néonatale 67](#_Toc479864178)

[10.2. Annexe B : pièces à joindre au dossier 70](#_Toc479864179)

# Cadre règlementaire

Ce dossier d’évaluation concerne les activités visées par le décret n° 98-899 du 9 octobre 1998, à savoir l’activité de gynéco-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale. Il porte également sur la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé.

Il ne concerne ni les activités d’AMP, ni celles de DPN.

Le dépôt du dossier d’évaluation à l’Agence régionale de santé (ARS) se fait au plus tard quatorze mois avant l’échéance de l’autorisation.

Cette évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure à 5 ans. Toutefois, lorsqu’il s’agit du premier renouvellement d’autorisation, l’évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure à quarante mois. (Article R. 6122-23 du CSP)

**Relatif à l’évaluation**

**Article R. 6122-32-2 du Code de la Santé Publique :**

Pour l'examen des résultats de l'évaluation prévue au deuxième alinéa de l'article [L. 6122-10,](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6B463AB131869D2422DE69A113E4609E.tpdjo01v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690828&dateTexte=&categorieLien=cid)le titulaire de l'autorisation adresse à l'agence régionale de santé, par pli recommandé avec demande d'avis de réception, un document comprenant :

-l'état de réalisation des objectifs mentionnés au a du 4° de l'article [R. 6122-32-1](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6B463AB131869D2422DE69A113E4609E.tpdjo01v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916695&dateTexte=&categorieLien=cid);

-l'état de réalisation des objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, conclu entre le titulaire et l'agence régionale de santé en application des articles [L. 6114-2 à L. 6114-4](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6B463AB131869D2422DE69A113E4609E.tpdjo01v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690725&dateTexte=&categorieLien=cid), et celui des objectifs quantifiés fixés dans ce contrat en application du quatrième alinéa de l'article L. 6114-2 afférents à l'activité de soins ou à l'équipement matériel lourd ;

-l'état de réalisation des conditions particulières dont peut être assortie l'autorisation en vertu de l'article [L. 6122-7](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6B463AB131869D2422DE69A113E4609E.tpdjo01v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690821&dateTexte=&categorieLien=cid);

-l'état de réalisation des différents engagements prévus au e du 1° de l'article R. 6122-32-1 ;

-les résultats du recueil et du traitement des indicateurs mentionnés au c du 4° du même article ;

-les résultats de la participation des personnels à la procédure d'évaluation mentionnée au d du 4° de cet article ;

-les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients prévue au e du 4° du même article.

Ces données couvrent toute la durée de la période prévue au dernier alinéa de l'article [R. 6122-23](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6B463AB131869D2422DE69A113E4609E.tpdjo01v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006916678&dateTexte=&categorieLien=cid).

Le titulaire de l'autorisation renouvelle en outre dans ce document ses engagements prévus à l'article [L. 6122-5](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=6B463AB131869D2422DE69A113E4609E.tpdjo01v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690818&dateTexte=&categorieLien=cid) et présente les modifications qu'il envisage, pour la période de validité de l'autorisation renouvelée, sur les points suivants :

a) Les objectifs mentionnés au d du 1° de l'article R. 6122-32-1 ;

b) Les conventions de coopération ou l'appartenance aux réseaux de santé mentionnés au f du 1° du même article ;

c) L'état des personnels mentionnés au 2° de cet article ;

d) L'organisation des installations, des services ou des équipements matériels lourds mentionnés au b du 3° du même article ; en ce cas, un descriptif succinct de la modification projetée est joint au document.

A défaut de présentation de ces modifications, le renouvellement est considéré comme étant sollicité à l'identique.

Le document est complété par l'actualisation de la partie relative à l'évaluation prévue au 4° du même article, pour la période de validité de l'autorisation renouvelée.

Les éléments mentionnés au a et au b ci-dessus ainsi que l'actualisation mentionnée à l'alinéa précédent tiennent compte :

- des dispositions du schéma d'organisation des soins, applicables à l'activité de soins ou à l'équipement matériel lourd en cause

- des résultats de l'évaluation correspondant à la période d'autorisation précédente et, le cas échéant, des mesures prises ou que le titulaire s'engage à prendre pour corriger les éventuels écarts constatés.

**Relatif à l’activité de soins**

* **Articles L.6321-1 à L.6321-4 du Code de la santé publique**
* **Articles R. 6123-39 à R. 6123-53 du Code de la santé publique**
* **Articles D. 6124-35 à D. 6124-63 du Code de la santé publique**
* **Cahier des charges régional relatif au programme de dépistage de la surdité permanente néonatale**

**Relatif aux IVG**

* **Articles R. 2212-4 à R. 2212-19 du Code de la santé publique**
* **Circulaire N° DGOS/R3/DGS/MC1/2015/245 du 23 juillet 2015 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d’été et au soutien aux plateformes téléphoniques régionales d’information relatives à l’IVG et à la contraception**

**Dispositifs médicaux**

* **Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de prétravail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatologie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV « Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatologie et à la réanimation néonatale » du code de la santé publique (livre VII, titre Ier, chapitre II, section III, troisième partie : Décrets)**

**Relatif aux réseaux**

* **Instruction N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l’actualisation et à l’harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.**

**Unités physiologiques**

* **Circulaire DGOS/RH4 no 2014-92 du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l’application de certaines dispositions du décret no 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d’établissement et aux transformations des établisse­ments publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé**

**Maisons de naissance**

* **Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance**

1. **DOSSIER ADMINISTRATIF**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l'établissement** |  |
| **Nom du représentant légal** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Implantation** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  |
| **Commune** |  |
| **Adresse mail de la structure porteuse de la demande[[1]](#footnote-1)** |  |
| **N° FINESS (EJ et ET)** |  |
| **Téléphone** |  |

1. **DOSSIER TECHNIQUE**
   1. Présentation générale de l’établissement
      1. Activités autorisées

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Date de l’autorisation** | **Date de la dernière VDC** | **Conformité au jour du dépôt du dossier** |
| **Maternité type 1** |  |  |  |
| **Maternité type 2 A** |  |  |  |
| **Maternité type 2 B** |  |  |  |
| **Maternité type 3** |  |  |  |
| **Modalité gynéco-obstétrique en hospitalisation de jour** |  |  |  |

* Si réserves lors de la VDC, préciser les corrections apportées depuis la visite
* Indiquer tout changement intervenu depuis la dernière visite de conformité dans la mise en œuvre de l’autorisation

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Autorisations de l’établissement** | | **Oui** | **Non** | |
| Autorisation d’AMP | |  |  | |
| ↘ Préciser les modalités autorisées | (Préciser) | | | |
| Votre établissement est-il le siège d’un CPDPN[[2]](#footnote-2) ? | |  |  | |
| Autorisation de DPN | |  |  | |
| ↘ Préciser les modalités autorisées | (Préciser) | | | |
| Autorisation d’un lactarium | |  |  | |
| ↘ Préciser si le lactarium est dédié à l’usage interne ou externe | (Préciser) | | | |
| Unité ou salle physiologique (pour accouchement) | |  |  | |
| Autorisation de chirurgie – hospitalisation complète | |  |  | |
| Autorisation de chirurgie – ambulatoire | |  |  | |
| Autorisation de réanimation – adulte | |  |  | |
| Autorisation de réanimation – pédiatrique | |  |  | |
| Autorisation de médecine d’urgence | |  |  | |
| ↘ Préciser les modalités autorisées | (Préciser) | | | |
| Autorisation de cancérologie | |  |  | |
| ↘ Préciser les modalités autorisées | (Préciser) | | | |
| Autorisation d’HAD | |  |  | |
| Autorisation de médecine | |  |  | |
| ↘ Dans l’affirmative :   * Lister les spécialités présentes dans l’établissement permettant de suivre les pathologies associées à la grossesse | (Préciser) | | | |
| ↘ Dans la négative :   * Disposez-vous de consultations spécialisées ? | (Préciser) | | | |
| Autorisation de médecine – Hospitalisation de jour | |  | |  |
| Service de pédiatrie au sein de l’établissement | |  | |  |
| ↘ Préciser sa capacité en lits | (Préciser) | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Oui** | **Non** |
| Maison de naissance adossée à l’établissement ? | |  |  |
| ↘ joindre le protocole de fonctionnement en annexe | | | |
| USC – adulte | |  |  |
| ↘ Préciser sa capacité en lits | (Préciser) | | |
| USC – pédiatrique | |  |  |
| ↘ Préciser sa capacité en lits | (Préciser) | | |
| Site PDSES – 1ère partie de nuit | |  |  |
| Site PDSES – nuit profonde | |  |  |

* + 1. Identification du réseau auquel appartient l’établissement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Articles R. 6123- 51 à R. 6123-53 du Code de la santé publique** | | **Oui** | **Non** |
| L’établissement adhère-t-il à un réseau ? | |  |  |
| ↘ dans l’affirmative :   * Préciser le réseau * Joindre convention | (Préciser) | | |
| * Quel est le représentant de l’établissement dans le réseau (préciser sa fonction) ? | (Préciser) | | |
| * Indiquer le nombre de réunions de réseau auquel l’établissement a participé (Année N-1) | (Préciser) | | |

* + 1. Certification HAS

Date de la dernière visite : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Conclusions du rapport de certification :

1. **PARTIE GENERALE**
   1. Organisation des différentes unités
      1. Localisation des différentes unités fonctionnelles

*Cette partie doit permettre de visualiser l’organisation des locaux.*

* Décrire la répartition des unités fonctionnelles et leur capacité en lits (GHR[[3]](#footnote-3), salle post-interventionnelle, suite de couches, chirurgie gynécologique, bloc de naissance, salle de césarienne, etc.)
  + Préciser la répartition des lits pour chaque unité (nombre de lits/postes/box, etc.)
* Joindre un plan permettant de localiser la répartition des unités fonctionnelles en annexe
* Préciser les travaux de mise en conformité effectués ces 5 dernières années
  + 1. Organisation de l’unité d’obstétrique

**Articles D. 6124-35 à D.6124-43 du Code de la santé publique**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L’organisation mise en place dans l’établissement (Année N-1) permet-elle :** | **Oui** | **Non** | **Nombre** |
| D’assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l’unité qui effectuera l’accouchement ? |  |  |  |
| De faire réaliser la consultation pré-anesthésique prévue à l’article D. 6124-92 par un anesthésiste-réanimateur de l’établissement ? |  |  |  |
| De faire bénéficier les consultantes, y compris en urgence, d’examens d’imagerie par ultrasons ? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L’unité d’obstétrique comprend-elle :** | **Oui** | **Non** |
| Des locaux réservés à l’accueil des patientes tous les jours de l’année, 24h sur 24 ? |  |  |
| Des locaux réservés aux consultations ? |  |  |
| Un secteur de naissance ? |  |  |
| Un secteur d’hospitalisation pour l’hébergement et les soins avant et après l’accouchement ? |  |  |
| Un secteur affecté à l’alimentation des nouveau-nés |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Secteur de naissance** | **Nombre** |
| Nombre de salles de pré-travail |  |
| Précisez le nombre de lits installés par salle et la superficie de la salle | (exemple : salle 1 …m² …lits) |
| Combien de salles sont équipées de baignoire de dilatation |  |
| Nombre de salles de travail |  |
| Précisez la superficie de chaque salle | (exemple : salle 1 …m²) |
| Nombre de salles de soins du nouveau-né distinctes de la salle d’intervention |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Salle physiologique** | | **Oui** | **Non** |
| L’établissement dispose-t-il d’une salle physiologique ? | |  |  |
| ↘ dans l’affirmative :   * Décrire l’équipement de cette salle | (Préciser) | | |
| ↘ dans la négative :   * Préciser si l’établissement dispose d’équipements favorisant un accouchement naturel (baignoire de dilatation, ballon, liane, etc.) | (Préciser) | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| Tous les locaux composant le secteur de naissance sont-ils implantés de manière contigüe et au même niveau ? |  |  |
| L’agencement des salles de pré-travail et travail permet-il la présence d’un accompagnant ? |  |  |
| La salle où sont organisés les soins du nouveau-né est-elle dotée de dispositifs médicaux permettant la réanimation de deux enfants à la fois ? |  |  |
| La salle où sont organisés les soins du nouveau-né permet-elle de faire face immédiatement aux détresses graves du nouveau-né ? |  |  |
| La salle où sont organisés les soins du nouveau-né permet-elle la préparation médicale au transport des enfants dont l’état nécessite le transfert vers des unités spécialisées ? |  |  |
| Une des salles de travail peut-elle, en cas de nécessité, servir de salle d’intervention chirurgicale ? |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **La salle de pré-travail est-elle dotée :** | **Oui** | **Non** | **Nombre** |
| De moyens permettant d’accueillir la parturiente, de préparer l’accouchement et de surveiller le début du travail ? |  |  |  |
| Du même équipement qu’une chambre d’hospitalisation ? |  |  |  |
| De l’équipement nécessaire permettant d’être utilisée comme salle de travail ? |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Salle de chirurgie** | | **Nombre** |
| Salles de césarienne | |  |
| ↘ Préciser sa localisation | (Préciser) | |
| Salle de chirurgie gynécologique | |  |
| ↘ Préciser sa localisation | (Préciser) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Salle de surveillance post-interventionnelle** | **Nombre** |
| Salles de surveillance post-interventionnelle |  |
| ↘ dont nombre de salles dédiées à la surveillance post-césariennes |  |
| ↘ dont nombre de salles de surveillance post-interventionnelle commune au bloc de chirurgie |  |
| ↘ dont nombre de salles ouvertes avec du personnel dédié H24 |  |
| Nombre de postes de réveil par salle |  |
| ↘ Préciser pour chaque salle post interventionnelle |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Secteur d’hospitalisation** | **Nombre** |
| Chambres |  |
| ↘ Dont chambres à deux lits |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Surface minimum en m²** |
| Chambres individuelles |  |
| Chambres à deux lits |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| Existe-t-il un local d’accueil des enfants bien-portants par étage ? |  |  |
| ↘ Ce local peut-il assurer au minimum l’accueil de la moitié des nouveau-nés présents pendant la nuit ? |  |  |
| Les soins de puériculture sont-ils réalisés dans un local commun ? |  |  |
| Les soins de puériculture sont-ils assurés dans un espace spécialement aménagé de la chambre de la mère ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| Le secteur affecté à la préparation des biberons est-il divisé en deux zones distinctes permettant d’une part la préparation des aliments des nouveau-nés et d’autre part l’entretien des biberons ? |  |  |

* + 1. Equipements et dispositifs médicaux (Article D. 6124-40 du Code de la santé publique)

*Compléter l’annexe A correspondant à votre autorisation pour le bloc de naissance et le service d’hospitalisation.*

*Joindre la liste des équipements et dispositifs médicaux correspondant à l’unité d’obstétrique.*

* 1. Données d’activité

*Répondre en fonction du type de maternité autorisé.*

* + 1. Capacités

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capacités** | **Lits** | **Places** |
| Gynéco-obstétrique |  |  |
| ↘ Dont obstétrique |  |  |
| ↘ Dont nombre de grossesses à haut risque |  |  |
| ↘ Dont suite de couche |  |  |
| ↘ Dont gynécologie |  |  |
| ↘ Dont gynécologie installé dans la maternité |  |  |
| ↘ Dont gynécologie installé dans le service de chirurgie |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capacités** | **Lits** | |
| **Inscrits au CPOM** | **Installés** |
| Néonatologie (sans soins intensifs) |  |  |
| ↘ dont nombres de lits kangourous [[4]](#footnote-4) |  |  |
| Soins intensifs |  |  |
| Réanimation néonatale |  |  |
| Existe-t-il des lits mère-enfant ? | oui/non |  |
| ↘ Dans quelle unité sont-ils situés ? | (Préciser) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Variabilité de l’ouverture des lits des unités de néonatologie (Année N-1)** | **Nombre de lits ouverts** | |
| **Capacité minimale** | **Capacité maximale** |
| Unité de Néonatalogie |  |  |
| Lits kangourous |  |  |
| Soins intensifs |  |  |
| Réanimation néonatale |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Oui** | **Non** |
| Déclarez-vous systématiquement vos disponibilités en lits de néonatalogie (SI, REA) sur le R0R[[5]](#footnote-5) | |  |  |
| Y a-t-il une fluctuation du taux d’ouverture des lits de néonatologie dans l’année (Année N-1) ? | |  |  |
| ↘ Préciser les motifs de cette fluctuation, ainsi que les périodes de fermeture | (Préciser) | | |

* + 1. Données d’activité en gynécologie et en obstétrique

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naissances vivantes/terme** | **< 28 SA** | **28 SA-32 SA** | **33-36 SA** | **≥37 SA** | **Total naissances** |
| Année N-1 |  |  |  |  |  |
| Année N-2 |  |  |  |  |  |
| Année N-3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naissances vivantes/poids** | **<1000g** | **1000-1499g** | **1500-1999g** | **2000-2499g** | **≥ 2500g** | **Total naissances** |
| Année N-1 |  |  |  |  |  |  |
| Année N-2 |  |  |  |  |  |  |
| Année N-3 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Volume d’activité en gynécologie** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre d’actes de chirurgie gynécologique (actes classant opératoires hors IVG) |  |  |  |
| Nombre de patientes (file active) ayant eu une intervention de chirurgie gynécologique |  |  |  |
| Nombre de séjours de chirurgie gynécologique (séjours de catégorie d’activité de soins en C avec acte classant opératoire hors IVG) |  |  |  |
| Journées réalisées (ambulatoire) |  |  |  |
| Nombre de patientes (file active) prises en charge en ambulatoire |  |  |  |
| TO brut des lits de chirurgie gynécologique |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Volume d’activité en obstétrique** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de femmes en ante partum exclusif (sans accouchement au cours du séjour) (file active) |  |  |  |
| DMS des séjours réalisés en ante partum exclusif |  |  |  |
| Nombre de séjours > à 24h en ante partum exclusif |  |  |  |
| Nombre de femmes (file active) prises en charge en post partum exclusif |  |  |  |
| Nombres de séjours réalisés en post partum exclusif |  |  |  |
| DMS des séjours réalisés en post partum |  |  |  |
| TO brut de l’ensemble des lits d’obstétrique |  |  |  |
| Nombre de naissances totales (vivantes et morts nés) |  |  |  |
| Nombre total d’IMG [[6]](#footnote-6) |  |  |  |
| ↘ dont IMG < 22 SA |  |  |  |
| ↘ dont IMG ≥ 22 SA |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Séjours ante partum sans accouchement** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre total de séjours ante partum sans accouchement |  |  |  |
| Menaces d’accouchements prématurés |  |  |  |
| Diabètes préexistants |  |  |  |
| Diabètes gestationnels |  |  |  |
| Retard de Croissance In Utero (RCIU) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Séjours avec accouchements** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre total d’accouchements |  |  |  |
| Nombre de femmes accouchées < 20 ans |  |  |  |
| Nombre de femmes accouchées ≥ 35 ans |  |  |  |
| Pré éclampsies sévères y compris HELLP syndrome |  |  |  |
| Eclampsie |  |  |  |
| Infections puerpérales |  |  |  |
| Diabètes gestationnels |  |  |  |
| Diabètes préexistants |  |  |  |
| Rupture prématurée des membranes |  |  |  |
| Séjours d’accouchement avec code obésité (Code PMSI O66) |  |  |  |

*Lister les départements de recrutement*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Origine géographique des femmes par département[[7]](#footnote-7)** | **Pourcentage par rapport au nombre total d’accouchements** | |
| **Année N-1** | **Année N-2** |
|  |  |  |

*Lister* ***les dix principales communes*** *de recrutement dans le département d’implantation de l’établissement*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Origine géographique des femmes pour les dix premières communes** | **Pourcentage par rapport au nombre total d’accouchements** | |
| **Année N-1** | **Année N-2** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs PMSI permettant la sélection des dossiers de grossesse à bas risque à l’accouchement** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Pourcentage de séjours correspondant aux caractéristiques suivantes : accouchement unique + céphalique + sans utérus cicatriciel + à terme (≥37 SA) sans diabète ni macrosomie |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Accouchements** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre d’accouchements de jumeaux |  |  |  |
| Nombre d’accouchements de triplés ou autres |  |  |  |
| Sièges ou présentation anormale, unique ≥ 37 SA [[8]](#footnote-8) |  |  |  |
| Nombres de naissances vivantes hors hôpital (domicile, transport) |  |  |  |
| ↘ Préciser la distance maximale en Km entre le domicile et la maternité |  |  |  |
| Nombre estimé d’après le séjour de mères de morts nés âge ≥ à 22 SA |  |  |  |
| Nombre de Césariennes totales |  |  |  |
| ↘ pourcentage de césariennes programmées / total des accouchements |  |  |  |
| ↘ pourcentage de césariennes programmées avant 39 SA/césariennes programmées sur accouchement unique |  |  |  |
| Nombre total d’anesthésies péridurales pour voies basses |  |  |  |
| Nombre d’anesthésies générales pour césariennes |  |  |  |
| Nombre total d’IMG [[9]](#footnote-9) |  |  |  |
| ↘ dont IMG < 22 SA |  |  |  |
| ↘ dont IMG ≥ 22 SA |  |  |  |

* + 1. Données d’activité en néonatologie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre total de mutations à partir de la salle de naissance |  |  |  |
| **Néonatalogie lits kangourous** |  |  |  |
| Nombre d’entrées directes venant de la salle de naissance hors transfert |  |  |  |
| ↘ Journées |  |  |  |
| ↘ RUM |  |  |  |
| ↘ DMS |  |  |  |
| ↘ TO brut |  |  |  |
| Nombre total de RUM réalisés en unité de néonatalogie lits kangourous |  |  |  |

|  |
| --- |
| Lister les principales pathologies prises en charge en lits kangourous : |
| -  -  - |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Néonatologie (unité)** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre d’entrées directes venant de la salle de naissance hors transfert |  |  |  |
| ↘ Journées |  |  |  |
| ↘ RUM |  |  |  |
| ↘ DMS |  |  |  |
| ↘ TO brut |  |  |  |
| Nombre total de RUM réalisés en unité de néonatalogie |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Soins intensifs néonatal** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre d’entrées directes venant de la salle de naissance hors transfert |  |  |  |
| ↘ Journées |  |  |  |
| ↘ RUM |  |  |  |
| ↘ DMS |  |  |  |
| ↘ TO brut |  |  |  |
| Nombre total de RUM réalisés en soins intensifs néonatal |  |  |  |

* + 1. Données d’activité en réanimation néonatale

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Réanimation néonatale** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre d’entrées directes venant de la salle de naissance hors transfert |  |  |  |
| ↘ Journées |  |  |  |
| ↘ RUM |  |  |  |
| ↘ DMS |  |  |  |
| ↘ TO brut |  |  |  |
| Nombre total de RUM réalisés en réanimation néonatale |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Au total** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| DMS de l’ensemble du séjour de néonatalogie (y compris admis par transferts avant 28 jours) |  |  |  |
| IP DMS de l’ensemble du séjour de néonatalogie (y compris admis par transferts avant 28 jours) |  |  |  |
| TO brut global de l’ensemble du service de néonatalogie |  |  |  |

* + 1. Prise en charge en soins palliatifs

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L’établissement a-t-il pris en charge en soins palliatifs des nouveau-nés :** | **Oui** | **Non** | **Année N-1**  **nombre** | **Année**  **N-2 nombre** | **Année**  **N-3 nombre** |
| dans la salle de naissance ? |  |  |  |  |  |
| dans l’unité de néonatologie ? |  |  |  |  |  |
| dans l’unité de soins intensifs ? |  |  |  |  |  |
| dans l’unité de réanimation ? |  |  |  |  |  |

* + 1. Données d’activité des urgences pédiatriques

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Passages aux urgences** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de passage pédiatriques aux urgences |  |  |  |
| ↘ dont nombre de passage pour NN d’âge < 3 mois |  |  |  |
| Nombre de passage aux urgences pédiatriques |  |  |  |
| ↘ dont nombre de passage pour NN d’âge < 3 mois |  |  |  |

* 1. Plateau technique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Oui** | **Non** |
| Disponibilité des examens d’imagerie 24h/24 | |  |  |
| ↘ y compris échographies en urgence | |  |  |
| Disponibilité des examens biologiques 24h/24 | |  |  |
| Disponibilité d’un dispositif médical permettant d’obtenir, en quelques minutes, la mesure du taux d’hémoglobine ou d’hématocrite | |  |  |
| Radiologie interventionnelle | |  |  |
| ↘ Dont 24h/24 | |  |  |
| Laboratoire de fœtopathologie (caractéristiques morphologiques et/ou génétiques du fœtus DCD) | |  |  |
| ↘ Dans la négative :   * Décrire l’organisation mise en place pour la réalisation de l’examen d’anatomopathologie et le lieu de sa réalisation | (Préciser) | | |

* 1. Qualité et sécurité

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Evènements indésirables graves (EIG) en G.O** | **Année N-1** | | **Année N-2** | | **Année N-3** |
| Nombre total de décès maternels |  | |  | |  |
| Préciser les causes des décès maternels | (Préciser) | | | | |
| ↘ Dont nombre de décès maternels ayant fait l’objet d’une déclaration d’EIG |  |  | |  | |
| Préciser les actions correctrices mises en place après les décès maternels | (Préciser) | | | | |
| Nombre de décès néonatals précoces et tardifs |  | |  | |  |
| ↘ Préciser les principales causes de ces décès | (Préciser) | | | | |
| Nombre de décès néonatals précoces et tardifs ayant fait l’objet d’une déclaration d’EIG |  | |  | |  |
| Préciser les actions correctrices mises en place après ces décès | (Préciser) | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gestion des EIG en Obstétrique** | | **Oui** | **Non** | **Nombre** |
| Mise en place de RMM au sein du service d’obstétrique (Préciser le nombre de RMM mises en place dans les 3 dernières années) | |  |  |  |
| Les RMM se déroulent-elles en présence de l’ensemble des personnels du service ? | |  |  |  |
| Analyse des évènements indésirables graves associés aux soins (Préciser le nombre les 5 dernières années) | |  |  |  |
| Préciser les actions correctrices mises en place à la suite des EIG | (Préciser) | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gestion des EIG en Néonatalogie** | | **Oui** | **Non** | **Nombre** |
| Mise en place de RMM au sein du service de néonatalogie  ↘ Préciser le nombre de RMM mises en place dans les 3 dernières années | |  |  |  |
| Les RMM se déroulent-elles en présence de l’ensemble des personnels du service ? | |  |  |  |
| Analyse des évènements indésirables graves associés aux soins  ↘ Préciser le nombre les 5 dernières années | |  |  |  |
| Préciser les actions correctrices mises en place à la suite des EIG | (Préciser) | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Réserves HAS et indicateurs IPAQSS** | **Préciser** |
| Indiquer les réserves et/ou recommandations concernant le critère 26a relatif à l’organisation du bloc opératoire de la HAS |  |
| Score obtenu pour la prévention et la prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat |  |
| Score obtenu pour la tenue du dossier anesthésique |  |
| Score obtenu pour la prévention des infections nosocomiales (ICALIN) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gestion des PSL[[10]](#footnote-10) et problématique transfusionnelle** | **Oui** | **Non** |
| Présence d’un site EFS[[11]](#footnote-11) dans l’établissement |  |  |
| Protocoles de la prise en charge de la femme enceinte (permettant la MAJ du dossier transfusionnel) |  |  |
| Présence d’un dispositif de contrôle de Hb en salle de naissance |  |  |
| Existence d’une convention SMUR pour situations transfusionnelles urgentes |  |  |
| Accès aux PSL dans un délai de 30 mn max |  |  |
| Dépôt de PSL dans l’établissement |  |  |
| ↘ Indiquer la capacité du dépôt de PSL | (Préciser) | |
| Convention établie d’approvisionnement en PSL avec un site transfusionnel de proximité ou avec un établissement de santé pour situation d’urgence vitale (joindre la convention en annexe) |  |  |
| ↘ Préciser l’établissement | (Préciser) | |
| Préciser qui est votre interlocuteur en cas d’incompatibilité sanguine materno-foetale (exsanguino-transfusion) | (Préciser) | |

* 1. Accessibilité aux soins
     1. Couverture sociale en suivi de grossesse

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Année N-1** | **Pourcentage** | **Nombre** |
| Femmes bénéficiant de l’AME au début de la prise en charge dans l’établissement |  |  |
| Femmes bénéficiant de la CMU au début de la prise en charge dans l’établissement |  |  |
| Femmes sans couverture sociale au début de la prise en charge dans l’établissement |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Existence d’une PASS[[12]](#footnote-12) dans l’établissement ? |  |  |  |  |  |
| ↘ Année d’installation de la PASS | (Préciser) | | | | |
| ↘ Nombre de dossiers sociaux ouverts pour des femmes enceintes |  |  |  |  |  |

* + 1. Accessibilité dans les établissements privés

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activité libérale** | **Nombre** | **Nombre pratiquant en secteur 1** | **Temps moyen de présence journalier** |
| Gynéco-obstétriciens ayant leur cabinet primaire au sein de votre établissement |  |  |  |
| Gynéco-obstétriciens ayant leur cabinet primaire en ville et intervenant dans l’établissement |  |  |  |
| Pédiatres ayant leur cabinet primaire au sein de votre établissement |  |  |  |
| Pédiatres ayant leur cabinet primaire en ville et intervenant dans l’établissement |  |  |  |
| Radiologues spécialisés en échographie de la grossesse ayant leur cabinet primaire au sein de votre établissement |  |  |  |
| Radiologues spécialisés en échographie de la grossesse ayant leur cabinet primaire en ville et intervenant dans l’établissement |  |  |  |
| Préciser le pourcentage réalisé au tarif opposable (Année N-1) :   * pour les péridurales | (Préciser) | | |
| * pour les accouchements | (Préciser) | | |
| * pour les césariennes programmées | (Préciser) | | |
| * pour les échographies | (Préciser) | | |

* + 1. Accessibilité dans les établissements publics

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activité libérale** | **Oui** | **Non** |
| Des praticiens exercent-ils une activité libérale dans votre établissement ? |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative préciser les spécialités concernées, le nombre de praticiens et le temps dédié en vacations pour chacun | (Préciser) | |
| ↘ Dans l’affirmative préciser le pourcentage réalisé au tarif opposable (Année N-1) :   * pour les péridurales | (Préciser) | |
| * pour les accouchements | (Préciser) | |
| * pour les césariennes programmées | (Préciser) | |
| * pour les échographies | (Préciser) | |

* 1. Equipe médicale et paramédicale (Articles D. 6124-44 à D.6124-48 du Code de la santé publique)
     1. Organisation des effectifs par unité fonctionnelle

*Décrire les équipes médicales et paramédicales par unité fonctionnelle listées dans la partie générale 3.1.*

***Pour chaque unité fonctionnelle,*** *compléter les tableaux ci-dessous. La salle de surveillance post-interventionnelle doit faire l’objet d’une fiche particulière*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Unité fonctionnelle 1 (préciser le nom)** | | | | | |
|  | **Jour** | | | **Nuit** | | |
|  | **Nombre** | **ETP** | **ETP dédié à l’unité** | **Nombre** | **ETP** | **ETP dédié à l’unité** |
| IDE |  |  |  |  |  |  |
| Sage-femme |  |  |  |  |  |  |
| Aide-soignant |  |  |  |  |  |  |
| Auxiliaires de puériculture |  |  |  |  |  |  |
| Agent du service hospitalier |  |  |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |  |  |
| Consultante en lactation |  |  |  |  |  |  |
| Assistante sociale |  |  |  |  |  |  |
| Kinésithérapeute |  |  |  |  |  |  |
| Diététicien |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Unité fonctionnelle 1 (préciser le nom)** | | | | | | | | | |
| **Présence en nombre** | **Jour** | | | **PDSES nuit** | | | **PDSES week-end** | | |
| **Astreinte** | **Garde** | | **Astreinte** | **Garde** | |
| **Nombre** | **ETP** | **ETP dédié à l’unité** | **Dans l’établissement** | **Spécifique à l’unité** | **Dans l’établissement** | **Spécifique à l’unité** |
| Obstétriciens avec qualification chirurgicale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obstétriciens sans qualification chirurgicale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chirurgiens gynéco |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chirurgiens viscéraux |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pédiatres |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pédiatres justifiant d’une expérience en néonatologie |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pédiatres justifiant d’une expérience en réanimation néonatale |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Psychiatre |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Equipes médicales affectées à l’obstétrique** | **Nb de praticiens seniors** | **ETP praticiens seniors** | **Nb de postes d’internes** |
|
| Obstétriciens avec qualification chirurgicale |  |  |  |
| Obstétriciens sans qualification chirurgicale |  |  |  |
| Chirurgiens gynéco |  |  |  |
| Chirurgiens viscéraux |  |  |  |
| Pédiatres |  |  |  |
| Pédiatres justifiant d’une expérience en réanimation néonatale |  |  |  |
| Pédiatres justifiant d’une expérience en néonatologie |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| Dans les établissements de santé privés, les contrats conclus en application du code de déontologie médicale mentionné à l'article [R. 4127-83](http://www.juritravail.com/codes/code-sante-publique/article/R4127-83.html) entre les établissements et les membres de l'équipe médicale comportent-ils bien des dispositions organisant la continuité des soins médicaux en gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation et pédiatrie ? |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour les personnels médicaux d’astreinte** | **Nombre** |
| Combien de **gynéco-obstétriciens** sont en mesure d’intervenir dans des délais compatibles avec l’impératif de sécurité en cas de situation à risque pour la mère ou l’enfant ? |  |
| Préciser la distance maximum (en km) et le temps de trajet correspondant pour intervenir. | (Préciser) |
| Combien d’**anesthésistes** sont en mesure d’intervenir dans des délais compatibles avec l’impératif de sécurité en cas de situation à risque pour la mère ou l’enfant ? |  |
| Préciser la distance maximum (en km) et le temps de trajet correspondant pour intervenir. | (Préciser) |
| Combien de **pédiatres** sont en mesure d’intervenir dans des délais compatibles avec l’impératif de sécurité en cas de situation à risque pour la mère ou l’enfant ? |  |
| Préciser la distance maximum (en km) et le temps de trajet correspondant pour intervenir. | (Préciser) |

* + 1. Organisation des effectifs d’anesthésistes

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Jour** | | | | | | | | | | | | |
|  | **Lundi** | | **Mardi** | | **Mercredi** | | **Jeudi** | | | **Vendredi** | | **Samedi matin** | |
| **Nombre** | **ETP** | **Nombre** | **ETP** | **Nombre** | **ETP** | | **Nombre** | **ETP** | **Nombre** | **ETP** | **Nombre** | **ETP** |
| **Consultation** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Visite dans les services** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Bloc césariennes** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Bloc chirurgical** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Bloc de naissance** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **Salle de réveil** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Semaine (nuit)** | | **Samedi après-midi** | | **Dimanche + jours fériés** | |
| **Nombre** | **ETP** | **Nombre** | **ETP** | **Nombre** | **ETP** | |
| **Visite dans les services** |  |  |  |  |  |  | |
| **Bloc césariennes** |  |  |  |  |  |  | |
| **Bloc chirurgical** |  |  |  |  |  |  | |
| **Bloc de naissance** |  |  |  |  |  |  | |
| **Salle de réveil** |  |  |  |  |  |  | |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  | |

* Préciser dans l’équipe d’anesthésistes de l’établissement le nombre d’anesthésiste ne travaillant qu’en maternité (distinguer le jour et la nuit)
  + 1. Démographie des effectifs

**Anesthésistes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | **Qualification** | **Statut** | **Inscription au conseil de l’ordre dans la discipline concernée** | **Equivalent ETP** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ANESTHESISTE** | |
| Nombre total |  |
| Nombre d’ETP |  |
| Nombre d’ETP inscrits à l’ordre |  |
| Nombre d’ETP dédié à l’activité de gynéco-obstétrique |  |
| Nombre d’ETP dédié à l’activité de chirurgie (autre) |  |
| Nombre de 55 à 59 ans |  |
| Nombre de + 60 ans |  |
| Nombre de postes vacants |  |
| Taux de recours à l’intérim |  |

**Gynéco-obstétriciens**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | **Qualification** | **Statut** | **Inscription au conseil de l’ordre dans la discipline concernée** | **Equivalent ETP** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GYNECO-OBSTETRICIEN** | |
| Nombre total |  |
| Nombre d’ETP |  |
| Nombre d’ETP inscrits à l’ordre |  |
| Nombre pratiquant la chirurgie gynécologique |  |
| Nombre d’ETP pratiquant la chirurgie gynécologique |  |
| Nombre de 55 à 59 ans |  |
| Nombre de + 60 ans |  |
| Nombre de postes vacants |  |
| Taux de recours à l’intérim |  |

**Sages - femmes**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | **Qualification** | **Statut** | **Inscription au conseil de l’ordre dans la discipline concernée** | **Equivalent ETP** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SAGE-FEMMES** | |
| Nombre total |  |
| Nombre d’ETP |  |
| Nombre d’ETP inscrits à l’ordre |  |
| Nombre de 55 à 59 ans |  |
| Nombre de + 60 ans |  |
| Nombre de postes vacants |  |
| Taux de recours à l’intérim |  |

**Pédiatres**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | **Qualification** | **Statut** | **Inscription au conseil de l’ordre dans la discipline concernée** | **Equivalent ETP** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PEDIATRES** | |
| Nombre total |  |
| Nombre d’ETP |  |
| Nombre d’ETP inscrits à l’ordre |  |
| Nombre d’ETP ayant une qualification en néonatalogie |  |
| Nombre d’ETP ayant une qualification en réanimation néonatale |  |
| Nombre de 55 à 59 ans |  |
| Nombre de + 60 ans |  |
| Nombre de postes vacants |  |
| Taux de recours à l’intérim |  |

**IDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDE** | |
| Nombre total |  |
| Nombre d’ETP |  |
| Nombre d’ETP inscrits à l’ordre |  |
| Nombre de 55 à 59 ans |  |
| Nombre de + 60 ans |  |
| Nombre de postes vacants |  |
| Taux de recours à l’intérim |  |

1. **ORIENTATION ET SUIVI DE GROSSESSE**
   1. Organisation permettant de fournir aux femmes enceintes des informations sur le parcours de soins avant l’accouchement

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Oui** | **Non** |
| L’inscription des femmes à la maternité est-elle organisée ? | |  |  |
| ↘ Procédure d’inscription | |  |  |
| ↘ Tableau de bord des inscriptions | |  |  |
| Existe-t-il une consultation d’orientation | |  |  |
| ↘ Indiquer le nombre de consultations d’orientation réalisé (Année N-1) | | (Préciser) | |
| **Article R. 6123-40 du Code de la santé publique**  **Lister les critères utilisés par votre établissement pour définir :** | | | |
| **Risque chez la mère** | **Risque chez l’enfant** | | |
| -  -  - | -  -  - | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grossesse à bas risque et réseau de correspondants de l’établissement**  **(Année N-1)** | **Oui** | **Non** | **Nombre de**  **professionnels**  **ou structures** | **Nombre de suivi en ville** |
| Orientation de la femme vers un suivi en ville si « grossesse à bas risque » ? |  |  |  |  |
| ↘ Sages-femmes libérales correspondantes |  |  |  |  |
| ↘ Gynéco-obstétriciens libéraux correspondant |  |  |  |  |
| ↘ Généralistes libéraux correspondant |  |  |  |  |
| PMI |  |  |  |  |
| Centre de santé |  |  |  |  |
| MSP |  |  |  |  |

* 1. Modalités d’organisation du suivi de grossesse

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Suivi de grossesse (Année N-1)** | **Oui** | **Non** |
| Le suivi est-il exclusivement réalisé en établissement ? |  |  |
| Terme à partir duquel le suivi mensuel de grossesse est habituellement assuré dans l’établissement | (Préciser) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sages-femmes libérales (Année N-1)** | **Nombre de consultations** | **Nombre de Sages-femmes** |
| Des sages-femmes libérales assurent-elle les activités suivantes au sein de l’établissement ? |  |  |
| * consultation de suivi |  |  |
| * préparation à l’accouchement |  |  |
| * suivi échographique |  |  |
| * Autre (préciser) |  |  |

>>> Joindre en annexes les conventions formalisant l’activité des sages-femmes libérales au sein de l’établissement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Médecins (Année N-1)** | **Nombre de consultations** | **Nombre de médecins** |
| Des médecins assurent-ils des consultations de suivi de grossesse ? |  |  |
| ↘ dont grossesses à bas risque |  |  |
| Nombre total de consultations (sages -femmes et médecins) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| L’organisation des consultations médicales permet-elle systématiquement de recevoir en urgence une parturiente présentant des complications en cours de grossesse ? |  |  |
| ↘ Dans la négative :   * des sages-femmes par défaut se voient –elles confier ce type de prise en charge dans leur consultation ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Activité d’échographie (Année N-1)** | **Nombre d’échographies** | **Nombre de médecins** |
| Médecins assurant le suivi échographique |  |  |
| Nombre total d’échographies (sages -femme et médecins) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Année N-1** | **Nombre** |
| Consultations du 4ème mois assurées sur site (ou par les praticiens du site) |  |
| Consultations de suivi de grossesse assurées par le site |  |
| Accouchements réalisés sans aucun suivi préalable |  |
| Accouchements réalisés sans suivi sur site préalable |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organisation de la préparation à la naissance et parentologie (Année N-1)** | **Oui** | **Non** | **Nombre** |
| Des séances de préparation à la naissance sont-elles organisées sur site ? |  |  |  |
| L’orientation vers un suivi libéral est-il organisé ? |  |  |  |
| Une visite du secteur de naissance ou bloc obstétrical est-elle organisée ? |  |  |  |
| Réunions d’information |  |  |  |
| Organisation de staff Médico-Psycho-Social |  |  |  |
| Parcours particulier pour la femme souhaitant accoucher en unité physiologique ? |  |  |  |
| ↘ Indiquer le nombre de femmes prise en charge dans ce parcours |  |  |  |
| ↘Décrire l’organisation mise en place | (Préciser) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Entretien prénatal précoce (EPP) (Année N-1)** | **Oui** | **Non** | **Nombre EPP**  **Réalisé** |
| L’établissement réalise-t-il l’entretien pré natal précoce sur site ? |  |  |  |
| ↘ Dans la négative :   * L’établissement a-t-il mis en place avec l’aide du réseau périnatal une procédure permettant à la femme de pouvoir réaliser cet entretien ? |  |  | (Préciser) |

**Suivi en pré partum - hospitalisation à domicile**

* Préciser le nom de l’HAD partenaire

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Suivi en pré partum - hospitalisation à domicile** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de femmes prise en charge en HAD et % de séjours par rapport aux hospitalisations en pré partum |  |  |  |
| Préciser les pathologies |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| L’établissement bénéficie-t-il d’une convention avec l’ARS pour surveillance de ces femmes à domicile par télémédecine |  |  |

**Organisation des dépistages et résultats**

* Décrire l’organisation du dépistage de la trisomie 21

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dépistages et diagnostics de la trisomie 21 parmi les accouchées et IMG** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de total de femmes ayant eu accès au dépistage quelle que soit la méthode |  |  |  |
| Nombre de femmes avec dépistage combiné (échographie 1er trimestre et marqueurs sériques) |  |  |  |
| Nombre de femmes avec analyse d’ADN fœtal dans le sang maternel |  |  |  |
| Nombre de femmes avec caryotype sur villosités choriales, sur liquide amniotique |  |  |  |
| Nombre d’IMG pour T21 |  |  |  |
| Nombre d’enfants vivants avec trisomie 21 |  |  |  |

* Décrire l’organisation du dépistage de la surdité en précisant vos correspondants pour le 1er et le 2ème recours

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dépistages et diagnostics de la surdité** | **Année N-1** | **Année N-2** |
| Nombre d’enfants dépistés de la surdité |  |  |
| Nombre d’enfants diagnostiqués |  |  |

**Organisation de la prise en charge des nouveau-nés vulnérables**[[13]](#footnote-13)

* Décrire l’organisation de la prise en charge des nouveau-nés vulnérable

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nouveau-nés vulnérables** | **Nombre d’enfants vivants relevant de ce type de prise en charge** | | **Nombre d’inclusion dans le dispositif de suivi** | | **Pourcentage d’enfants pris en charge après inclusion dans le dispositif de suivi** | |
| **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-1** | **Année N-2** |
| NN vulnérables des réseaux périnatals SEV |  |  |  |  |  |  |

1. **PRISE EN CHARGE DE L’ACCOUCHEMENT ET DU NOUVEAU-NE EN FONCTION DU TYPE DE MATERNITE**

*Remplir l’ensemble des fiches correspondant au type d’autorisation de maternité.*

* 1. Maternité
     1. Transferts

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transferts in utero envoyés** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de transferts in utero (TIU) envoyés |  |  |  |
| ↘ Dont nombre de TIU par le biais du réseau |  |  |  |
| ↘ Dont nombre de femmes transférées en début de travail |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lister les 5 motifs de TIU les plus fréquents** | **Lister les 5 premiers établissements accueillant vos transferts** |
| **Année N-1** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transferts in utero reçus** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de transferts in utero (TIU) reçus |  |  |  |
| ↘ Dont nombre de TIU par le biais du réseau |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lister les 5 motifs de TIU les plus fréquents** | **Lister les 5 premiers établissements adressant des transferts** |
| **Année N-1** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transferts in utero refusés** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de transferts in utero refusés |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sorties par transfert maternel en post-partum (envoyées)** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de transfert |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Admissions par transfert maternel en post-partum (reçues)** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre d’admissions maternelles par transfert en post-partum reçus |  |  |  |
| Nombre d’admissions maternelles par transfert en post-partum refusés |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sorties du NN par transfert de la salle de naissance** | **Oui** | **Non** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| En cas de transfert du NN à partir de la salle de naissance, la mère est-elle systématiquement transférée vers le même établissement ? |  |  |  |  |  |
| Nombre de transferts du nouveau-né à partir de la salle de naissance |  |  |  |  |  |
| Nombre de transferts réalisés par le biais du réseau |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lister les 5 motifs de transfert NN les plus fréquents** | **Lister les 5 premiers établissements accueillant vos transferts** |
| **Année N-1** |  |  |

* 1. Unité de néonatalogie
* **Nouveau nés pris en charge  dans l’unité de néonatalogie :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naissances / terme** | **< 28 SA** | **28 SA-32 SA** | **33-36 SA** | **>37 SA** | **Total naissances** |
| Année N-1 |  |  |  |  |  |
| Année N-2 |  |  |  |  |  |
| Année N-3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naissances /poids** | **<1000g** | **1000-1499g** | **1500-1999g** | **2000-2499g** | **≥ 2500g** | **Total naissances** |
| Année N-1 |  |  |  |  |  |  |
| Année N-2 |  |  |  |  |  |  |
| Année N-3 |  |  |  |  |  |  |

* **Pathologies prises en charge  dans l’unité de néonatalogie hors lits kangourous (Année N-1):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lister les cinq pathologies les plus fréquentes en néonatalogie** | **Nombre de séjours correspondant** | **% / total séjours NN** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* + 1. Transferts de néonatalogie hors lits kangourous

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transfert en néonatologie NN reçus** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de transferts en néonatalogie reçus |  |  |  |
| ↘ Dont nombre par le biais du réseau |  |  |  |
| Nombre de transferts refusés |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lister les 5 premiers motifs de transferts reçus** | **Lister les 5 premiers établissements adressant des transferts** |
| **Année N-1** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transfert de néonatalogie (NN, SI, REA) envoyés** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de transferts envoyés |  |  |  |
| ↘ Dont nombre de TIU par le biais du réseau |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lister les 5 motifs de transfert les plus fréquents** | **Lister les 5 premiers établissements recevant vos transferts** |
| **Année N-1** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Article D.6124-57 du Code de la santé publique** | **Oui** | **Non** | **Nombre** |
| Des nouveau-nés relevant de soins de néonatologie ont-ils été hospitalisés dans des unités de pédiatrie de nouveau-nés et de nourrissons ?(Année N-1) |  |  |  |

* + 1. Unité de néonatologie sans soins intensifs

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nombre** |
| Lits de néonatologie en unité de néonatologie |  |
| Lits kangourous |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| L’unité est-elle située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate, sur le même site que l’unité d’obstétrique ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L’unité de néonatologie comporte :** | **Oui** | **Non** |
| Une pièce permettant l’accueil des parents ? |  |  |
| Un secteur de surveillance et de soins des enfants où les nouveau-nés sont hospitalisés ? |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative :   * Ce secteur comprend en outre une zone de préparation médicale avant transfert ? |  |  |
| Un secteur spécialement affecté à l’alimentation des nouveau-nés ? |  |  |

* + 1. Equipement et dispositifs médicaux

*Compléter l’annexe A correspondant à votre autorisation pour l’unité de néonatologie.*

*Joindre la liste des équipements et dispositifs médicaux correspondant l’unité de néonatologie.*

* 1. Unité de néonatalogie avec soins intensifs
* **Nouveau nés pris en charge  dans l’unité de néonatalogie avec soins intensifs**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naissances / terme** | **< 28 SA** | **28 SA-32 SA** | **33-36 SA** | **≥37 SA** | **Total naissances** |
| Année N-1 |  |  |  |  |  |
| Année N-2 |  |  |  |  |  |
| Année N-3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naissances /poids** | **<1000g** | **1000-1499g** | **1500-1999g** | **2000-2499g** | **≥ 2500g** | **Total naissances** |
| Année N-1 |  |  |  |  |  |  |
| Année N-2 |  |  |  |  |  |  |
| Année N-3 |  |  |  |  |  |  |

* **Pathologies prises en charge  dans l’unité de néonatalogie (Année N-1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lister les cinq pathologies les plus fréquentes en SI** | **Nombre de séjours correspondant** | **% / total séjours SI** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* + 1. Transferts SI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transfert en SI reçus** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de transfert en SI reçus |  |  |  |
| ↘ Dont nombre par le biais du réseau |  |  |  |
| Nombre de transferts refusés |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lister les 5 premiers motifs de transferts reçus en SI** | **Lister les 5 premiers établissements adressant des transferts** |
| **Année N-1** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transfert en néonatalogie (NN, SI, REA) envoyés** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de transfert envoyés |  |  |  |
| ↘ Dont nombre de TIU par le bais du réseau |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lister les 5 motifs de transferts les plus fréquents** | **Lister les 5 premiers établissements recevant vos transferts** |
| **Année N-1** |  |  |

* + 1. Unité de néonatologie avec soins intensifs

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre en unité NN** | **Nombre en SI** |
| Lits de néonatologie |  |  |
| Lits kangourous |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| L’unité est-elle située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate, sur le même site que l’unité d’obstétrique ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L’unité de néonatologie comporte :** | **Oui** | **Non** |
| une pièce permettant l’accueil des parents ? |  |  |
| un secteur de surveillance et de soins des enfants où les nouveau-nés sont hospitalisés ? |  |  |
| ↘ Ce secteur comprend en outre une zone de préparation médicale avant transfert ? |  |  |
| Un secteur spécialement affecté à l’alimentation des nouveau-nés ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| Localisation de l’unité dans le même bâtiment et à proximité immédiate de l’unité d’obstétrique |  |  |
| Moyens nécessaires à la ventilation des premières heures et au transfert du nouveau-né vers une unité de réanimation néonatale en cas d’absence d’amélioration ou d’aggravation de l’état de l’enfant |  |  |
| Dotés de dispositifs médicaux |  |  |

* + 1. Equipement et dispositifs médicaux

*Compléter l’annexe A correspondant à votre autorisation pour l’unité de néonatologie avec soins intensifs.*

*Joindre la liste des équipements et dispositifs médicaux correspondant à l’unité de néonatologie avec soins intensifs.*

* 1. Unité de réanimation néonatale
     1. Activité unité de réanimation
* **Nouveau nés pris en charge  dans l’unité de réanimation néonatale entre 0 et 7 jours de vie**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naissances/terme** | **< 28 SA** | **28 SA-32 SA** | **33-36 SA** | **≥37 SA** | **Total naissances** |
| Année N-1 |  |  |  |  |  |
| Année N-2 |  |  |  |  |  |
| Année N-3 |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naissances /poids** | **<1000g** | **1000-1499g** | **1500-1999g** | **2000-2499g** | **≥ 2500g** | **Total naissances** |
| Année N-1 |  |  |  |  |  |  |
| Année N-2 |  |  |  |  |  |  |
| Année N-3 |  |  |  |  |  |  |

* **Prise en charge des extrêmes prématurés**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naissances/ terme** | **23 SA** | **24 SA** | **25 SA** | **26 SA** | **27 SA** | **Total naissances** |
| Année N-1 |  |  |  |  |  |  |
| Année N-2 |  |  |  |  |  |  |
| Année N-3 |  |  |  |  |  |  |

* **Pathologies prises en charge  dans l’unité de réanimation (Année N-1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lister les cinq pathologies les plus fréquentes en REA** | **Nombre de séjours correspondant** | **% / total séjours REA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* + 1. Transferts REA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transfert en REA reçus** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de transferts en REA reçus |  |  |  |
| ↘ Dont nombre par le biais du réseau |  |  |  |
| Nombre de transferts refusés |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lister les 5 premiers motifs de transferts reçus en REA** | **Lister les 5 premiers établissements adressant des transferts** |
| **Année N-1** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Transfert en néonatalogie (NN, SI, REA) envoyés** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre de transferts envoyés |  |  |  |
| ↘ Dont nombre de TIU par le biais du réseau |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Lister les 5 motifs de transferts les plus fréquents** | **Lister les 5 premiers établissements recevant vos transferts** |
| **Année N-1** |  |  |

* + 1. Unité de néonatologie avec réanimation

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre en NN** | **Nombre en SI** | **Nombre en REA** |
| Lits de néonatologie |  |  |  |
| Lits kangourous |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| L’unité est-elle située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate, sur le même site que l’unité d’obstétrique ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L’unité de néonatologie comporte :** | **Oui** | **Non** |
| une pièce permettant l’accueil des parents ? |  |  |
| un secteur de surveillance et de soins des enfants où les nouveau-nés sont hospitalisés ? |  |  |
| ↘ Ce secteur comprend en outre une zone de préparation médicale avant transfert ? |  |  |
| Un secteur spécialement affecté à l’alimentation des nouveau-nés ? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| Localisation de l’unité dans le même bâtiment et à proximité immédiate de l’unité d’obstétrique |  |  |
| Moyens nécessaires à la ventilation des premières heures et au transfert du nouveau-né vers une unité de réanimation néonatale en cas d’absence d’amélioration ou d’aggravation de l’état de l’enfant |  |  |

* + 1. Unité de réanimation néonatale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Article D.6124-59 du Code de la santé publique** | **Oui** | **Non** |
| Localisation de l’unité dans le même bâtiment et à proximité immédiate de l’unité d’obstétrique ? |  |  |
| Une pièce permettant l’accueil des parents ? |  |  |
| Un secteur de surveillance et de soins de réanimation des enfants où les nouveau-nés sont hospitalisés ? |  |  |
| ↘Ce secteur comprend en outre une zone de préparation médicale avant transfert ? |  |  |
| Un secteur spécialement affecté à l’alimentation des nouveau-nés ? |  |  |
| Indiquer l’âge gestationnel à partir duquel les grands-prématurés sont-ils pris en charge en réanimation ? | (Préciser) | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Article D.6124-61 du Code de la santé publique** | **Oui** | **Non** |
| L’encadrement du personnel paramédical de la néonatologie est-il commun avec celui de l’unité de réanimation néonatale ? |  |  |
| La coordination médicale des activités de néonatologie et de réanimation néonatale est-elle assurée ? |  |  |
| La possibilité de recourir à d’autres médecins spécialistes est-elle garantie ? |  |  |
| La possibilité de recourir à un kinésithérapeute est-elle assurée ? |  |  |

* + 1. Equipement et dispositifs médicaux

*Compléter l’annexe A correspondant à votre autorisation pour l’unité de réanimation néonatale.*

*Joindre la liste des équipements et dispositifs médicaux correspondant à l’unité de réanimation néonatale.*

1. **CONDITIONS ET ORGANISATION DU RETOUR A DOMICILE DES MERES ET DE LEURS NOUVEAU-NES**
   1. Organisation de la sortie de la maternité

|  |
| --- |
| Lister les informations données à la femme au cours du 3ème trimestre de grossesse sur les conditions de sortie de la maternité: |
| -  -  - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** |
| Un professionnel référent de maternité est-il identifié ? |  |  |
| Un professionnel référent du suivi (responsable du suivi et de l’accompagnement postnatal de la mère et/ou de l’enfant dans les jours suivant le retour à domicile, en charge de coordonner les différents professionnels impliqués) est-il identifié ? |  |  |

|  |
| --- |
| Lister les critères utilisés pour orienter le séjour et la sortie de la mère et du nouveau-né **vers une durée de séjour standard**? |
| -  -  - |
| Lister les critères utilisés pour orienter le séjour et la sortie de la mère et du nouveau-né **vers une sortie précoce** ? |
| -  -  - |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sorties de la maternité (Année N-1)** | **Nombre** | **% /total sorties** |
| Sortie au domicile (sans aide) |  |  |
| Sortie PRADO  (donner le taux de recours) |  |  |
| Sorties par le 115 |  |  |
| Sortie par Solipam |  |  |
| Séjours dont la DMS est allongée pour problème social gênant la sortie |  |  |
| Sortie < 48 h |  |  |
| Avec SF liberales |  |  |
| Avec PMI |  |  |
| Autres (précisez ) |  |  |

**Commentaire sur la mise en place du PRADO :**

* Pour les établissements ayant une autorisation d’HAD gynéco-obstétrique : indiquer les mesures mises en place pour se mettre en conformité avec les orientations du SROS-PRS révisé, et du cahier des charges HAD régional.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **HAD** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Sorties en HAD maman |  |  |  |
| Sorties en HAD enfant |  |  |  |

* Lister les pathologies concernées pour une sortie en HAD (distinguer les mères et les enfants)

1. **ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS SPECIFIQUES**
   1. Organisation des urgences

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Au sein de l’Etablissement** | **Oui** | **Non** | **Nombre de passage**  **Année N-1** | **Nombre de passage**  **Année N-2** |
| Accueil spécifique aux urgences gynécologiques ? |  |  |  |  |
| Accueil spécifique aux urgences obstétricales ? |  |  |  |  |
| Accueil commun urgences gynéco- obstétricales ? |  |  |  |  |

* Décrire l’organisation des urgences obstétricales en termes de locaux, de circuit, d’effectifs dédiés dans la journée
* Décrire l’organisation des urgences obstétricales en termes de locaux, de circuit, d’effectifs dédiés aux horaires de la PDSES
  1. Gestion de l’hémorragie de la délivrance

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Oui** | **Non** | **Année N-1** | **Année N-2** |
| Protocole de prise en charge de l’hémorragie du post partum |  |  |  |  |
| Protocole d’utilisation du ballonnet de Bakri |  |  |  |  |
| Nombre de ballonnets de Bakri utilisés pour HPP |  |  |  |  |
| Accès à l’embolisation artérielle sur place |  |  |  |  |
| ↘ Dans l’affirmative :   * Combien d’embolisation pour hémorragie de la délivrance ont été réalisées ? |  |  |  |  |
| * H24 |  |  |  |  |
| Accès à l’embolisation artérielle avec autre établissement par convention signée ? |  |  |  |  |
| A–t-elle été évaluée ? |  |  |  |  |

* Dans le cadre du protocole réseau de la graduation des soins, quelle organisation est mise en place et vers quel établissement sont dirigés les femmes nécessitant une prise en charge pour hémorragie de la délivrance ?
  1. Organisation de l’offre en orthogénie (IVG)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Article R. 2212-4 du Code de la santé publique** | | **Oui** | **Non** |
| L’établissement pratique-t-il les IVG sur site ? | |  |  |
| ↘ Dans la négative :   * Décrire l’organisation de l’orientation des femmes | (Préciser) | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activité IVG** | **Année N-1** | **Année N-2** | **Année N-3** |
| Nombre total d’IVG réalisées dans l’établissement |  |  |  |
| Nombre total d’IVG instrumentales sous AG |  |  |  |
| Nombre d’IVG instrumentales réalisées sous Anesthésie locale |  |  |  |
| Nombre total d’IVG réalisées entre 12 SA et 14 SA |  |  |  |
| Nombre d’IVG médicamenteuses |  |  |  |
| ↘ dont nombre d’IVG médicamenteuse réalisées entre 7 SA et 9 SA |  |  |  |
| ↘ Préciser le nombre de conventions signé entre un gynéco-obstétricien et/ou une sage-femme installé en ville pour la réalisation des IVG médicamenteuses. |  |  |  |

* Décrire les différents circuits de prise en charge des IVG dans l’établissement pour les différents stades en lien avec le réseau périnatal (IVG médicamenteuses, instrumentales, etc.) : accueil, locaux, bloc concerné, HdJ, places réservées, etc.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Oui** | **Non** |
| L’établissement renseigne-t-il la plateforme FRIDA pour tous les mois de l’année ? | |  |  |
| L’établissement renseigne-t-il la plateforme FRIDA pour les congés ? | |  |  |
| L’établissement travaille-t-il avec le réseau RHEVO ? | |  |  |
| L’établissement propose-t-il des formations à l’IVG sous anesthésie locale ? | |  |  |
| Un circuit particulier est-il organisé pour la prise en charge des IVG (12-14 SA) ? | |  |  |
| Votre établissement a-t-il bénéficié d’une visite d’évaluation de l’organisation des IVG sur site | |  |  |
| ↘ Préciser la date de l’évaluation et les mesures correctives mises en place | (Préciser) | | |

1. **REFERENCE AU SROS-PRS**
   1. Améliorer le parcours de santé en périnatalité

* Décrire l’ensemble des actions mises en place qui ont contribué à structurer le parcours de la parturiente pour offrir une prise en charge globale de la grossesse et la naissance.
  1. Renforcer le rôle des réseaux de périnatalité
* Préciser les mesures mises en place sur la période de l’évaluation ayant contribué à une plus grande structuration du réseau d’appartenance de votre établissement.
* Indiquer les actions mises en place par votre établissement pour :
  + Concourir au renforcement de ce réseau ;
  + Mieux prévenir les effets de la prématurité ;
  + Maintenir le niveau et la diversité de l’offre en orthogénie ;
  + Fiabiliser le parcours de santé en périnatalité autour de 5 étapes clés :
* Lors du premier contact /déclaration de grossesse : consultation initiale
* Au cours de second trimestre de la grossesse entretien prénatal précoce
* Lors de retour à domicile l’entretien post – natal précoce
* Vers 10 -15 premiers jours de vie de l’enfant : la consultation pédiatrique
* Ainsi que la nécessité de renforcer l’accompagnement à la sortie de la maternité

1. **EVOLUTION DE L’ACTIVITE ET RESPECT DES ENGAGEMENTS**
   1. Etat de réalisation des objectifs et engagements
      1. Réalisation de l’évaluation et des engagements

* Décrire les modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation
* Décrire les modalités d’évaluation de la satisfaction des patients
* Respect des engagements relatifs aux montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie ou le volume d'activité, en application de l'article [L. 6122-5](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F5A08080BFCB374C8290D6ADF1875C22.tpdjo17v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690818&dateTexte=&categorieLien=cid) 
  + 1. Etat de réalisation des objectifs du CPOM relatifs à la période d’évaluation
    2. Etat de réalisation des conditions particulières de l’autorisation
* Si conditions particulières dans l’autorisation initiale (coopération, permanence des soins,…)

* 1. Evolutions envisagées

Les services sont invités à décrire les projets dans les 5 ans à venir, les moyens envisagés pour y parvenir ainsi que le calendrier de réalisation :

* Projets d’évolution concernant les autorisations de périnatalité
* Projets d’évolution concernant les locaux de périnatalité
* Projets d’évolution concernant les personnels
* Projets d’évolution concernant le fonctionnement
* Projets d’évolution concernant le réseau auquel appartient l’établissement
* Projets d’inscription de l’activité de périnatalité (dont IVG) dans le projet médical du GHT à venir
  1. Actualisation de la partie relative à l’évaluation et renouvellement des engagements
     1. Engagements relatifs à l’évaluation de l’activité

Mise à jour des critères d’évaluation de l‘autorisation dans la perspective de la période d’autorisation renouvelée à venir (évaluation prévue au 4° de l’article R6122-32-1) :

* Objectifs fixés pour mettre en œuvre les objectifs du SROS-PRS, s’adapter aux évolutions en cohérence avec les orientations régionales et les enjeux territoriaux ;
* Indicateurs supplémentaires envisagés en vertu du dernier alinéa de l’article R 6122-24 du Code de la Santé Publique
* Modalités de recueil et de traitement des indicateurs prévus au même article
* Modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation
* Procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients
  + 1. Engagements relatifs au CPOM
* Préciser l’état d’avancement dans la procédure de signature CPOM de votre structure et les engagements relatifs à l’activité de gynéco-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale et IVG le cas échéant.
  + 1. Engagements du demandeur prévus à l’Article R.6122-32-1-e

Je soussigné, M (me) …, Directeur …., m’engage :

* respecter le montant des dépenses d’assurance maladie et le volume d’activité en application de l'article [L. 6122-5](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=F5A08080BFCB374C8290D6ADF1875C22.tpdjo17v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690818&dateTexte=&categorieLien=cid) ;
* respecter les caractéristiques du projet initial ;
* respecter les dispositions réglementaires en vigueur et mettre en œuvre les évaluations prévues ;

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

1. **Annexes**
   1. Annexe A : dispositifs médicaux
      1. Obstétrique

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Equipement si les soins aux nouveau-nés bien portants sont effectués dans la salle de naissance** | Oui | Non |
| Table à langer chauffante |  |  |
| Dispositif médical pour l’aspiration et la ventilation manuelle au masque |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux pour prise en charge des nouveau-nés avec affection sans gravité** | Oui | Non |
| Appareil à photothérapie |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux en salle de pré travail** | Oui | Non |
| Fluides médicaux (O2 – air médical) |  |  |
| Aspiration par le vide |  |  |
| Dispositifs médicaux pour l’oxygénothérapie |  |  |
| Dispositifs médicaux pour la surveillance de la TA |  |  |
| Tocographe (contractions utérines et activité cardiaque fœtale) |  |  |
| Système d’appel du personnel du bloc obstétrical |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux en salle de travail** | Oui | Non |
| Matériels et dispositifs immédiatement disponibles et à usage exclusif de la salle de travail |  |  |
| Matériels et dispositifs immédiatement disponibles et à usage exclusif de la salle de travail |  |  |
| Fluides médicaux (O2 – air médical – protoxyde d’azote ) |  |  |
| Aspiration par le vide |  |  |
| Table d’accouchement à position variable |  |  |
| Système d’appel du personnel du bloc obstétrical |  |  |
| Surveillance automatisée de la TA |  |  |
| Perfusion automatisée |  |  |
| Mesure, surveillance et enregistrement des contractions utérines et de l’activité cardiaque fœtale |  |  |
| Contrôle continu du rythme cardiaque et tracé ECG maternel |  |  |
| Oxygénothérapie et ventilation manuelle au masque |  |  |
| Mise en place d’une anesthésie loco-régionale |  |  |
| Jusqu’à 4 salles : 1 dispositif mobile de ventilation artificielle adulte comportant le contrôle continu des pressions ventilatoires, immédiatement disponible et à l’usage exclusif du secteur, avec :   * alarmes de surpression et de débranchement, * dispositif permettant le contrôle continu de la teneur en O2 du mélange gazeux inhalé |  |  |
| Au-delà de 4 salles : 1 dispositif mobile supplémentaire |  |  |
| Equipement pour l’intubation trachéale maternelle (usage exclusif au secteur de naissance, immédiatement disponible) |  |  |
| Equipement pour le contrôle continu de la saturation en O2 maternel (mêmes critères) |  |  |
| Equipement pour le contrôle continu de la saturation en CO2 expiré si la parturiente est intubée (mêmes critères) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux en salle d’intervention** | Oui | Non |
| Matériels et dispositifs immédiatement disponibles et à usage exclusif de la salle de travail |  |  |
| Au moins 1 salle d’intervention de chirurgie obstétricale |  |  |
| Dotée des dispositifs médicaux suivants (D 6124-95) :   * pour assurer le contrôle continu du rythme cardiaque et de l’ECG, la surveillance de la TA invasive ou non invasive, * arrivée de fluides médicaux et aspiration par le vide, * administration de gaz et de vapeurs anesthésiques, * anesthésie et son entretien, * intubation trachéale, * ventilation artificielle, * contrôle continu |  |  |
| Doté du débit de l’O2 administré et de la teneur en O2 du mélangé gazeux inhalé, |  |  |
| Doté de la saturation du sang en O2 |  |  |
| Doté des pressions et des débits ventilatoires et de la concentration en CO2 expiré si intubation |  |  |
| Si activité inférieure à 1200 acc./an, la salle d’intervention peut ne pas être dans le secteur naissance mais :   * doit être incluse dans un bloc opératoire dans le même bâtiment, * à proximité immédiate et d’accès rapide au secteur de naissance, * une autre salle d’intervention est disponible pour les urgences obstétricales |  |  |
| Dispositif pour assurer la réanimation d’au moins 2 enfants à la fois |  |  |
| Au moins 1 table de réanimation du nouveau-né (si <500 naissances/an, peut être commune aux locaux d’observation et de soins immédiats aux nouveaux nés) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux en salle post-intervention** | Oui | Non |
| A proximité immédiate de la salle d’intervention ou dans la salle de travail |  |  |
| Est dotée des dispositifs médicaux suivants (D 6124-99) :   * fluides médicaux et aspiration par le vide, * contrôle continu du rythme cardiaque, affichage ECG (appareils munis d’alarmes), * contrôle de la saturation du sang en O2, * surveillance de la TA, * moyens nécessaires à un retour à l’équilibre thermique, * dispositif d’appel d’urgence, * dispositif d’assistance ventilatoire muni d’alarmes de surpression, de débranchement et d’arrêt de fonctionnement, * accès sans délai au matériel de défibrillation, * accès sans délai au matériel permettant l’appréciation du degré de curarisation |  |  |
| Si >1200 acc./an, la salle d’intervention et la salle de surveillance post-interventionnelle sont :   * soit dans le secteur de naissance, * soit contiguës à celui-ci (auquel cas une salle de travail doit être équipée pour servir de salle d’intervention) |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Locaux d’observation et de soins immédiats aux nouveaux nés (D 6124-41, D 6124-42, Arrêté article 9)** | Oui | Non |
| Situés dans :   * soit une salle contiguë à la salle d’intervention, * soit dans la salle d’intervention |  |  |
| Permettent d’assurer la préparation médicale au transfert vers des unités spécialisées internes ou externes à l’établissement |  |  |
| Au moins 2 tables de réanimation |  |  |
| Fluides médicaux (O2 – air médical) |  |  |
| Aspiration par le vide |  |  |
| Dispositifs médicaux pour :   * le maintien de l’équilibre thermique, * l’aspiration et la ventilation manuelle au masque, * le contrôle continu de la saturation en O2 du sang, * l’oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en O2 du mélange gazeux administré, * l’intubation trachéale, * le cathétérisme ombilical, * la perfusion automatisée, * les prélèvements pour les analyses bactériologiques, hématologiques et biochimiques, le dosage de la glycémie par bandelettes réactives |  |  |
| Appareil pour la ventilation artificielle du nouveau-né (contrôle continu des pressions ventilatoires, alarmes de surpression et de débranchement, contrôle continu de la teneur en O2 du mélange administré.) |  |  |
| Cet appareil est disponible rapidement |  |  |
| Médicaments pour la prise en charge du nouveau-né |  |  |
| Au moins un incubateur |  |  |
| Radiographie conventionnelle par appareil mobile et échographie accessibles |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECTEUR D’HOSPITALISATION (D 6124-45, D 6124-48, Arrêté article 10 )** | Oui | Non |
| Nombre de lits équipés d’un système d’appel (NR) |  |  |
| Par chambre : au maximum 2 lits de mère avec les berceaux de leurs enfants |  |  |
| Si création, reconstruction ou réaménagement, au moins 80% de chambres individuelles |  |  |
| Si nécessité, possibilité de bénéficier d’une chambre individuelle |  |  |
| Chambre individuelle >17 m² |  |  |
| Chambre à 2 lits >23 m² |  |  |
| Existence d’une salle de préparation des soins (NR) |  |  |
| Centralisation des appels (NR) |  |  |
| Un local par étage pour regrouper les enfants bien portants pour au moins 50% des nouveau-nés présents, pendant la nuit, aménagé pour permettre leur surveillance |  |  |
| Soins de puériculture effectués dans un local commun |  |  |
| Soins de puériculture effectués dans la chambre de la mère (espace aménagé) |  |  |
| Soins aux nouveau-nés avec atteinte sans gravité (ne nécessitant pas une hospitalisation en néonatologie) dans la chambre de la mère si elle est individualisée et aménagée |  |  |
| Soins aux nouveaux nés avec atteinte sans gravité dans un local de regroupement, isolés des nouveau-nés bien portants, traités et surveillés en permanence |  |  |
| Détail de ces soins :   * réchauffer les nouveau-nés, * optimiser l’alimentation des enfants de petit poids, * traiter par photothérapie, * administrer des médicaments, * obtenir des examens simples 24h/24 et des examens spécifiques dans les 24 heures nécessaires au bilan étiologique, * poser un gavage ou une perfusion pour une courte période   La prise en charge de ces enfants n’excède pas la DMS en maternité |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Secteur de préparation des biberons** | Oui | Non |
| Secteur de préparation des biberons |  |  |

* + 1. Néonatologie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents à chaque lit pour :** | Oui | Non |
| Le maintien de l’équilibre thermique |  |  |
| L’aspiration et la ventilation manuelle au masque |  |  |
| L’administration de l’air et de l’O2 médical |  |  |
| La perfusion automatisée |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents dans le secteur pour :** | Oui | Non |
| La photothérapie |  |  |
| La surveillance de l’hémodynamique |  |  |
| L’alimentation continue de suppléance |  |  |
| La surveillance continue de l’activité cardiorespiratoire (1 dispositif pour 2 lits) |  |  |
| L’oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en O2 du mélange gazeux administré (1 dispositif pour 3 lits) |  |  |
| Le contrôle continu de la saturation en O2 (1 dispositif pour 3 lits) |  |  |
| Le prélèvement pour les examens bactériologiques, hématologiques et biochimiques |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents dans l’établissement pour :** | Oui | Non |
| Les examens biologiques par microtechniques 24h/24 |  |  |
| Les examens des gaz du sang |  |  |
| La radiographie conventionnelle (appareil mobile) |  |  |
| L’échographie du nouveau-né |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents à chaque lit pour :** | Oui | Non |
| Le maintien de l’équilibre thermique |  |  |
| L’aspiration et la ventilation manuelle au masque |  |  |
| L’administration de l’air et de l’O2 médical |  |  |
| La perfusion automatisée |  |  |
| La surveillance continue de l’activité cardiorespiratoire |  |  |
| La surveillance de l’hémodynamique |  |  |
| L’oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en O2 du mélange gazeux administré |  |  |
| L’alimentation continue de suppléance |  |  |
| Les prélèvements pour les examens bactériologiques, hématologiques et biochimiques |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents pour trois ou moins de trois lits de SI et par tranche de trois lits pour :** | Oui | Non |
| Le contrôle continu de la saturation en O2 |  |  |
| La ventilation artificielle des premières heures permettant le contrôle continu des pressions ventilatoires avec alarmes de surpression et de débranchement, contrôle continu de la teneur en O2 du mélange administré |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents dans le secteur pour :** | Oui | Non |
| La photothérapie |  |  |
| L’exsanguinotransfusion |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents dans l’établissement pour :** | Oui | Non |
| Les examens biologiques par microtechniques 24h/24 |  |  |
| Les examens des gaz du sang |  |  |
| La radiographie conventionnelle (appareil mobile) |  |  |
| L’échographie du nouveau-né |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Oui | Non |
| Appareil pour la ventilation artificielle du nouveau-né (contrôle continu des pressions ventilatoires, alarmes de surpression et de débranchement, contrôle continu de la teneur en O2 du mélange administré.) |  |  |
| Cet appareil est disponible rapidement |  |  |
| Médicaments pour la prise en charge du nouveau-né |  |  |
| Au moins un incubateur |  |  |
| Radiographie conventionnelle par appareil mobile et échographie accessibles |  |  |

* + 1. Réanimation néonatale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents à chaque lit pour :** | **Oui** | **Non** |
| Le maintien de l’équilibre thermique |  |  |
| L’aspiration et la ventilation manuelle au masque |  |  |
| L’administration de l’air et de l’O2 médical |  |  |
| La surveillance continue de l’hémodynamique |  |  |
| La surveillance continue de l’activité cardiorespiratoire |  |  |
| L’oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en O2 du mélange gazeux administré |  |  |
| Le contrôle continu de la saturation en O2 |  |  |
| La perfusion automatisée (2 dispositifs par lit) |  |  |
| La nutrition parentérale automatisée |  |  |
| Le prélèvement pour les examens bactériologiques, hématologiques et biochimiques |  |  |
| La ventilation artificielle de longue durée avec contrôle continu des débits, des pressions ventilatoires et de la teneur en O2 du mélange gazeux administré, muni d’alarmes de surpression et de débranchement |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents par tranche de trois lits pour :** | **Oui** | **Non** |
| La surveillance de la pression d’O2 transcutanée |  |  |
| La surveillance de la pression d’oxyde de carbone transcutanée |  |  |
| La photothérapie |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents dans le secteur pour :** | **Oui** | **Non** |
| L’exsanguino-transfusion |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Possibilité de réaliser dans l'unité de réanimation néonatale ou de faire réaliser par une autre unité sur le même site 24h/24 :** | **Oui** | **Non** |
| Les examens des gaz du sang et les examens biologiques par microtechniques |  |  |
| La radiographie conventionnelle (appareil mobile) |  |  |
| L’échographie Doppler du nouveau-né (appareil mobile) |  |  |
| L’électrocardiographie |  |  |
| L’électro-encéphalographie |  |  |
| Les endoscopies respiratoires et digestives |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pratique possible dans l'établissement ou par convention pour les examens suivants :** | **Oui** | **Non** |
| Scanner |  |  |
| IRM |  |  |
| Si convention à préciser avec quelle structure : |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECTEUR DE SOINS INTENSIFS (D 6124-55, Arrêté articles 14 et 18)** | **Oui** | **Non** |
| Est situé à proximité immédiate de l’unité d’obstétrique |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents à chaque lit pour :** | **Oui** | **Non** |
| Le maintien de l’équilibre thermique |  |  |
| L’aspiration et la ventilation manuelle au masque |  |  |
| L’administration de l’air et de l’O2 à usage médical |  |  |
| La perfusion automatisée |  |  |
| La surveillance continue de l’activité cardiorespiratoire |  |  |
| La surveillance de l’hémodynamique |  |  |
| L’oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en O2 du mélange gazeux administré |  |  |
| L’alimentation continue de suppléance |  |  |
| Les prélèvements pour les examens bactériologiques, hématologiques et biochimiques |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents par tranche de trois lits pour :** | **Oui** | **Non** |
| Le contrôle continu de la saturation en O2 |  |  |
| La ventilation artificielle des premières heures avec un appareil permettant le contrôle continu des pressions ventilatoires et de la teneur en O2 du mélange gazeux administré, muni d’alarmes de surpression et de débranchement |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents dans le secteur pour :** | **Oui** | **Non** |
| L’exsanguino-transfusion |  |  |
| La photothérapie |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dispositifs médicaux présents dans l’établissement pour :** | **Oui** | **Non** |
| Les examens biologiques par microtechniques, disponibles 24h/24 |  |  |
| Les examens des gaz du sang |  |  |
| La radiographie conventionnelle (appareil mobile) |  |  |
| L’échographie du nouveau-né |  |  |

* 1. Annexe B : pièces à joindre au dossier

Pièces à joindre au dossier :

* Plan de la maternité
* Convention d’adhésion au réseau périnatal de votre territoire
* Protocole réseau unique de la gradation des soins sur le territoire concernant la prise en charge des pathologies maternelles avant grossesse et liées à la grossesse et des pathologies du nouveau-né
* Convention pour obtention de produits sanguins
* Lister les protocoles existant dans l’établissement :
  + Pour le suivi de la femme enceinte
  + Pour le suivi de l’enfant
* Lister les actes réalisés en chirurgie gynécologique
* Lister les actes marqueurs réalisés en réanimation néonatale
* Protocole de pose du ballonnet de Bakri
* Protocole pour la prise en charge de l’hémorragie de la délivrance
* Protocole pour la prise en charge de l’embolie amniotique
* Liste des dispositifs médicaux et équipements

Equipe médicale : anesthésistes, gynécologues - obstétriciens, pédiatres

* Liste nominative des praticiens avec qualification, statut et âge
* Planning de jour (sur un mois)
* Planning de garde et astreinte (sur un mois)
* Pour les pédiatres :

Ajoutez à la liste nominative des pédiatres leur temps de travail au sein de l’établissement. Préciser leur mode d’organisation le dimanche matin et les jours fériés le matin (prescriptions, sortie……)

Sages-femmes

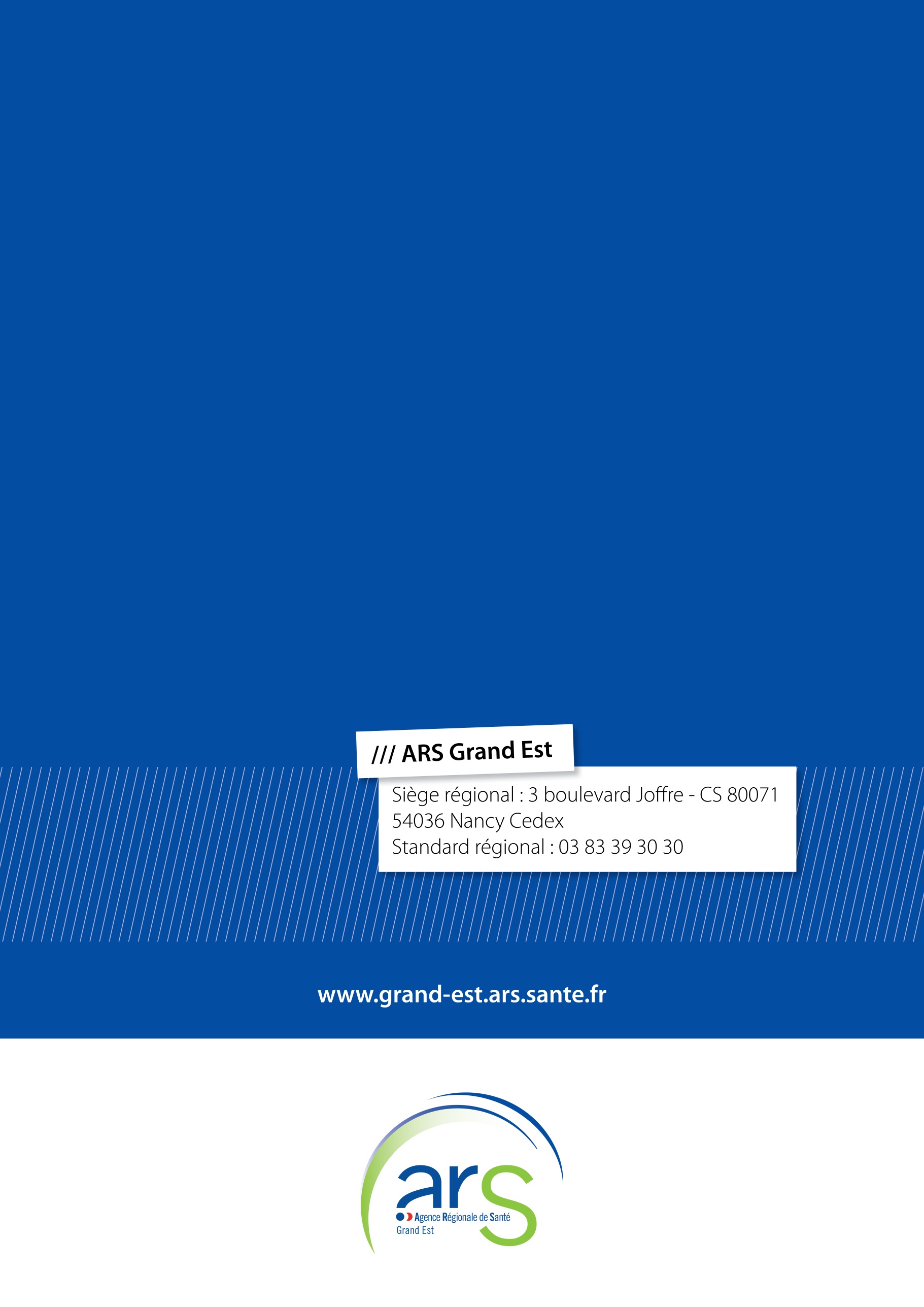
* Liste nominative des sages - femmes avec qualification, statut et âge
* Planning de jour (sur un mois) sur l’ensemble des secteurs
* Planning de nuit (sur un mois) sur l’ensemble des secteurs

Equipe paramédicale :

* Planning de jour (sur un mois)
* Planning de nuit (sur un mois)

IVG

* Adresser un exemplaire type de la Convention mises en place avec les partenaires libéraux (médecins et S.F) pour le suivi si nécessaire des IVG Médicamenteuses et préciser le nombre de conventions signées par des MG, des G.O ou des S.F



1. Tout contact courriel concernant l’instruction de ce dossier se fera via cette adresse [↑](#footnote-ref-1)
2. CPDPN : Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal [↑](#footnote-ref-2)
3. GHR : Grossesse à haut risque [↑](#footnote-ref-3)
4. Lits kangourous : chambres mère enfant installées en suite de couches [↑](#footnote-ref-4)
5. ROR : répertoire opérationnel des ressources (SI, REA, et NN à venir) [↑](#footnote-ref-5)
6. IMG : interruption médicale de grossesse [↑](#footnote-ref-6)
7. Référence : fiche mère (espace réseau sécurisé) [↑](#footnote-ref-7)
8. Référence : fiche Profil césarienne [↑](#footnote-ref-8)
9. IMG : interruption médicale de grossesse [↑](#footnote-ref-9)
10. PSL : produits sanguins labiles [↑](#footnote-ref-10)
11. EFS : établissement français du sang [↑](#footnote-ref-11)
12. PASS : permanence d’accès aux soins de santé [↑](#footnote-ref-12)
13. * Nouveau-nés vulnérables : prématuré < 33 SA, 33-36 SA et poids de naissance < 3p ou terme ≥ 33 SA et poids de naissance < 1500g, ou encéphalopathie ischémo-anoxique périnatale, autre pathologie susceptible d’altérer le développement ou co-jumeau d’enfant inclus)

    [↑](#footnote-ref-13)