**FICHE DE DECLARATION**

Mort fœtale in utéro à un terme supérieur ou égal à 36 SA 🞏

Décès d’enfant avant 7 jours de vie, né à un terme supérieur ou égal à 36 SA 🞏

Interruption médicale de grossesse à un terme supérieur ou égal à 36 SA 🞏

*Coordonnées DSRP*

***Dr Benoît ESCANDE***

***Naître en Alsace***

***CMCO***

***19, rue Louis Pasteur  
67300 Schiltigheim***

A renvoyer par courrier ou par mail à

[bescande@naitreenalsace.fr](mailto:bescande@naitreenalsace.fr)

Cette fiche sera analysée par la coordination du Réseau qui vous recontactera si besoin pour plus de précisions. Après analyse, ces fiches sont totalement anonymisées (éléments directement ou indirectement nominatifs du patient, des professionnels, des établissements).

**Date de l’évènement :**

**Etablissement déclarant :**

**Nom du déclarant et fonction :**

**Téléphone ou adresse mail ou l’on peut vous joindre :**

**Nom des professionnels à inviter pour l’analyse au sein de votre équipe :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM** | **FONCTION** | **ADRESSE MAIL** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Autres professionnels concernés :**

**Suivi libéral O/N, si oui, qui ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM** | **FONCTION** | **ADRESSE MAIL** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Suivi hospitalier O/N, si oui quelles équipes ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM** | **FONCTION** | **ADRESSE MAIL** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Suivi PMI O/N, si oui qui ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM** | **FONCTION** | **ADRESSE MAIL** |
|  |  |  |
|  |  |  |