**Demande d’activation de la RCP MAT GROSSESSE**

*Compte rendu de chaque réunion avec liste de présence des participants.*

Centre hospitalier requérant un avis de la RCP MAT grossesse :

Structure hospitalière (SSPI, réanimation, USI, USC, etc.) :

Prénom et nom du médecin en charge, fonction, et spécialité :

Email du médecin en charge : Téléphone portable :

Nom de la patiente (initiale) : Prénom : DDN (JJ/MM/AAAA)

Antécédents pertinents personnels :

Antécédents pertinents familiaux:

Traitements au long cours :

Gestité / parité : Terme :

Accouchement O/N : Si oui, l’accouchement étant J0, jour post-accouchement (ex : J2) : J

Hémorragie de la délivrance O/N : Si, volume estimé des pertes sanguines :

Préeclampsie (O/N) : Si PE, sévère (O/N) :

Si PE sévère, critère(s) de sévérité :

Défaillances le jour de la demande :

🞏 hématologique (MAT): Hb gr/dL ; Plaquettes G 109/L ; TP % ; Fibrinogène : gr/L

🞏 rénale (si oui, valeur de la créatininémie en µmol/L : ; stade AKI KDIGO : ; Dialyse O/N)

🞏 hépatique : HELLP syndrome O/N, pic ASAT UI/L, pic ALAT UI/L

🞏 neurologique (péciser) :

🞏 respiratoire : O/N, et préciser : O2 O/N, VNI O/N, VM O/N, PaO2/FiO2

🞏 cardiaque (préciser):

Traitements déjà entrepris (agents pro-coagulants ou anti-fibrinolytiques, plasmaphérèse, inhibiteurs du complément, etc.) :

**Motivation de l’activation de la RCP MAT grossesse (une à cinq lignes maximum) :**