

**SIGNALEMENT DES DÉCÈS
MATERNELS PAR LES RÉSEAUX DE
SANTÉ PÉRINATALE**



Date du signalement : ___/___/____ Réseau :
(Décès au cours de la grossesse ou dans un délai d'un an après l'accouchement)

① Date de naissance de la patiente : ___/___/____	Date du décès : ___/___/____
Cause présumée du décès :	Service ou lieu de décès
Au cours de la grossesse <input type="checkbox"/> Après la terminaison de la grossesse <input type="checkbox"/>	
Médecin(s) à contacter (obstétricien, anesthésiste réanimateur, autre) :	
Nom : Service : Etablissement : <input type="checkbox"/> 	Nom : Service : Etablissement : <input type="checkbox"/>

Personne responsable du signalement: _____ Tél.: _____
E-mail : _____

Bon à remplir et envoyer à :
Catherine Deneux-Tharaux
INSERM UMR 1153 - EPOPé
53 avenue de l'Observatoire
75014 Paris
Mail : encmm@inserm.fr



**SIGNALEMENT DES DÉCÈS
MATERNELS PAR LES RÉSEAUX DE
SANTÉ PÉRINATALE**

**Bon à remplir et à conserver par le
responsable du signalement**

Date du signalement : ___/___/____

(Décès au cours de la grossesse ou dans un délai d'un an après l'accouchement)

① Date de naissance de la patiente : ___/___/____	Date du décès : ___/___/____
Cause présumée du décès	Service ou lieu de décès
Médecin(s) à contacter (obstétricien, anesthésiste réanimateur, autre) :	
Nom : Service : <input type="checkbox"/> 	Nom : Service : <input type="checkbox"/>

ENQUETE NATIONALE CONFIDENTIELLE SUR LES MORTS MATERNELLES
INSERM UMR 1153- EPOPé.- 53 avenue de l'Observatoire – 75014 Paris

Pour tout renseignement complémentaire vous pouvez contacter : Catherine Deneux-Tharaux, responsable de l'enquête :
Tel. : 01 42 34 55 76 FAX. : 01 43 26 89 79