**CRF – Base COVID’ANESTHESIE OBSTÉTRICALE**



*Le jour de la prise en charge est j0*

# Données administratives

* Centre de prise en charge : …………………………………
* Médecin en charge de la patiente
	+ NOM : …………………………………
	+ Prénom : …………………………………
	+ Adresse courriel professionnelle  : …………………………………
* Identification de la patiente
	+ Numéro d’identification dans la structure : …………………………………
	+ Initiales de la patiente : NOM : …………… / Prénom : ……………………
	+ Date de naissance de la patiente (jj/mm/aaaa) : ……. / ……. / …….
* Date du recueil : (jj/mm/aaaa) : ……. / ……. / …….

# Données obstétricales

* + Terme (en SA) : ………..
	+ Parité : 0 □ 1 □ 2 □ 3 □ ≥ 4 □
	+ Grossesse unique □ oui □ non
	+ Pathologies liées à la grossesse : □ HTA gravidique □ Prééclampsie

 □ HELLP

 □ Cholestase gravidique

□ Diabète gestationnel

□ Facteurs de risque thrombotique

 □ Autre

# Données en rapport avec le statut infectieux

* Réalisation d'un dépistage SARS-CoV-2 avant la prise en charge : □ oui □ non
* Statut SARS-CoV-2 au moment de la prise en charge  : □ Positif □ Négatif □ Suspect
* Date de début des symptômes : (jj/mm/aaaa) : ……. / ……. / …….
* Statut SARS-CoV-2 final (si suspect au moment de la prise en charge ) : □ Positif □ Négatif
* Fièvre : □ oui □ non
* Tableau de pneumopathie virale : □ oui □ non

# Antécédents

* Tabagisme actif : □ oui □ non
* ASA Score : ……….
* Hypertension artérielle : □ oui □ non
* Body Mass Index avant grossesse: ……..
* Diabète : □ oui □ non

# Traitements en cours

* Immunosuppresseurs : □ oui □ non
* Corticoïdes à visée maternelle: □ oui □ non
* Corticoïdes à visée foetale: □ oui □ non
* Antidiabétiques oraux : □ oui □ non
* Insuline : □ oui □ non
* Traitement antiviral : □ oui □ non : si oui lequel : ……………..

# SOFA *(entourer pour chaque organe la valeur la plus grave au cours des 24 heures précédant la prise en charge)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** |
| **Respiratoire**(PaO2/FiO2) | ≥ 400 | <400 | < 200 | < 200 **et** VM | < 100 **et** VM |
| **Coagulation**(plaquette x103/µL) | ≥ 150 | < 150 | < 100 | < 50 | < 20 |
| **Hémodynamyque** | PAM ≥ 70 mm/Hg | PAM ≥ 70 mm/Hg | dopa ≤ 5 µg/kg/min OUdobu (toute dose) | dopa > 5 µg/kg/min OU adré ≤ 0.1 µg/kg/min OUNAD ≤ 0.1 µg/kg/min | dopa > 15 µg/kg/min OU adré > 0.1 µg/kg/min OUNAD > 0.1 µg/kg/min |
| **Hépatique**(mg/dl) // [μmol/L] | < 1.2 [< 20] | 1.2–1.9 [20-32] | 2.0–5.9 [33-101] | 6.0–11.9 [102-204] | > 12.0 [> 204] |
| **Rein**(mg/dl) [μmol/L] (ou diurèse) | < 1.2 [< 110] | 1.2–1.9 [110-170] | 2.0–3.4 [171-299] | 3.5–4.9 [300-440] (ou < 500 ml/j) | > 5.0 [> 440] (ou < 200 ml/j) |
| **Glasgow** | 15 | 13-14 | 10-12 | 6-9 | <6 |

* SOFA TOTAL = …………..

# Biologie avant la prise en charge (bilan le plus récent)

* Créatinine : ……….. µ/L
* Hémoglobine : ……….. g/dL
* Leucocytes : ……….. /mm3 dont lymphocytes :……………/ mm3
* TP  :……………%
* TCA :……………… (ratio M/T)
* Fibrinogène :…………..g/L
* Plaquettes :…………….. /mm3
* D-Dimères :………….. µg/L
* Exploration complémentaire demandée (facteurs de la coagulation, protéine C, Antithrombine, CRP….): □ oui □ non

# Données ventilatoire au moment de la prise en charge

* SpO2: ……….. %
* Oxygénorequérance:
	+ Si non IOT : apport d’O2 : ……….. L/mn
	+ Si IOT : FiO2 : ……….. %
* Gaz du sang (si réalisé)
	+ pH : ……… PaO2 : ……. PaCO2 : …….
	+ Lactate : ……….. HCO3- : ………..

# Accouchement

 Transfert d’un autre établissement : □ oui □ non

- Déclenchement : □ oui □ non

- Autres (aspiration…) : □ oui □ non

- Mode d’accouchement : □ Vaginale spontanée □ Vaginale instrumentalisée

 □ Césarienne code vert

□ Césarienne code orange, préciser délai décision/incision :……………min

□ Césarienne code rouge, préciser délai décision/incision :……………min

- Modalité d'analgésie/anesthésie : □ Anesthésie péridurale □ Rachianesthésie

 □ Péri-Rachianesthésie

□ Anesthésie Générale

- **Si accouchement voie basse :**

- Modalité d'analgésie: □ Anesthésie péridurale □ Rachianesthésie

 □ Péri-Rachianesthésie

- Entretien de l'analgésie si péridurale: □ Perfusion continue

□ Bolus itératif □ PCEA

 □ PIEB

- Qualité de l’analgésie : □ Excellente

 □ Insuffisante

□ Analgésie latéralisée : □ oui □ non

 □ Repositionnement du KT: □ oui □ non

□ Autre :………..

-  **Si césarienne :**

- Modalité d'analgésie: □ Anesthésie péridurale □ Rachianesthésie

 □ Péri-Rachianesthésie

□ Anesthésie générale d’emblée

* Durée de la chirurgie (en mn) : …………

- Si césarienne sous ALR :

- Qualité de l’analgésie peropératoire : □ Excellente

 □ Insuffisante

□ Besoin de complément

□ Besoin de conversion en AG

- Si césarienne sous AG :

* Vidéo-laryngoscopie pour IOT : □ oui □ non
	+ Difficultés à l’IOT : □ oui □ non
	+ Système d’aspiration clos : □ oui □ non

**Accouchement par voie basse ou par césarienne :**

* Tolérance clinique de l’analgésie/anesthésie :

□ Hypotension (en dessous de 90% PAS de base): □ oui □ non

* + - * Si oui, % de baisse max versus PAS de base :……

□ Vasopresseurs : □ oui □ non

* + - * Si oui, type □ Ephédrine (dose tot….mg) □ Néosynéphrine (dose tot….g)

 □ Noradrénaline (dose tot….g)

□ Hypoxémie (SpO2 < 95%): □ oui □ non

* + - * Si oui, oxygénation : □ O2 nasal, débit (ml/min)…. □ IOT

□ Autres évènements: □ oui □ non

* Température : min………/ max………
* Température > 38°C : □ oui □ non
* Médicament administré pour contrôler la fièvre (paracétamol) : □ oui □ non
* Hémorragie du postpartum : □ oui □ non
* Transfusion: □ oui □ non
* Expansion volémique (donner le total, transfusion comprise,en mL) : …………….
* Antibioprophylaxie : □ Respect protocole SFAR □ Elargie d’emblée □ Antibiothérapie en cours
* Thromboprophylaxie médicamenteuse postpartum : : □ oui □ non
	+ - * Si oui, type □ HBPM dose préventive □ HBPM dose curative

 □ Autre

* Lieu de surveillance en postpartum immédiat : □ Salle de réveil □ Salle d’opération

 □ Salle d’accouchement

 □ réa

□ Autre

* -Environnement/Organisation lors de l’accouchement :

□ Matériel préparé à l’avance

 □ Equipement de protection individuelle pour tous les soignants présents

 □ Une seule sage-femme

 □ Conjoint présent

* Syndrome post-ponction dure-mérienne : □ oui □ non
	+ - * Si oui, blood patch : □ oui □ non □ vol sang : …….ml □ Nécessité 2nd blood patch

 □ Signes neurologiques retardés

* Paramètres néonataux :

□ Etat néonatal: □ Vivant □ Mort-né □ Mort fœtale in utéro

□ Poids : …………..g

□ Apgar 1 / 5 / 10 min :…./…./…..

□ pH artériel ombilical (si disponible)   :……………

□ PCO2 artériel ombilical (si disponible)   :……………

 □ Lactates (si disponible)  :…………….

□ Base excess (si disponible) :…………

1. **Situation complémentaire : s'il s'agit d'une patiente en réanimation, ajouter les données spécifiques suivantes** (valeur la plus péjorative au cours des 6èreh postpartum)
* SpO2 minimale : ……….. %
* Oxygéno-requérance post-partum :
	+ Si non IOT : apport d’O2 : ……….. L/mn
	+ Si IOT : FiO2 : ……….. %
* Gaz du sang post-partum si réalisé
	+ pH : ……….. PaO2 : ….. PaCO2 : …..
	+ Lactate : …….. HCO3- : ……..
* Ventilation non invasive en SSPI ou avant h6 : □ oui □ non
* Oxygénothérapie Haut débit avant h6 : □ oui □ non
* Ré-Intubation avant h6 sur de la détresse respiratoire : □ oui □ non
* Service de surveillance post-partum immédiat : □ Salle de réveil

 □ Salle d’accouchement

 □ Transfert en réanimation

 □ Autre

* Durée de ventilation mécanique postpartum (en h ou en j) : ……………..
* Durée totale de séjour à l’hôpital : …………..j

# Suivi post-partum à J7

* Complications post-partum
	+ Reprise chirurgicale : □ oui □ non  si oui  jour : ….
	+ Infection de site opératoire : □ oui □ non si oui  jour : ….
	+ Transfusion de PSL : □ oui □ non si oui  jour : ….
	+ Traitement d'une pneumopathie □ oui □ non

 si oui  jour : ….

* + Insuffisance rénale aigue : □ Stade 1 □ Stade 2 □ Stade 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Créatinine plasmatique** | **Diurèse** |
| **Stade 1** | ≥ 26,5 μmol/lou1,5 à 1,9x la créat de base | < 0,5 ml/kg/h pendant 6 h à 12h |
| **Stade 2** | 2,0 à 2,9 x la créat de base | < 0,5 ml/kg/h pendant ≥ 12h |
| **Stade 3** | 3,0 x la créat de baseoucréat ≥ 354μmol/louépuration extra-rénale | <0,3ml/kg/h pendant ≥ 24houanurie pendant ≥ 12h |

 si oui  jour : ….

* Suivi psychologique : □ oui □ non
* Syndrome de stress post traumatique  : □ oui □ non
* Décès à l'hôpital : □ oui □ non
	+ Si oui : Délai en postpartum (en jours) : …………..
* Sortie de l'hôpital : □ oui □ non si oui  jour : ….
* Durée de séjour à l'hôpital (en jours) : …………..

**A CE STADE MERCI DE TRANSMETTRE LE FORMULAIRE À**

arthur.james@aphp.fr