FICHE DE LIAISON / IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE

NOM :

ANNEE DE NAISSANCE : |1|9|_|_|

Téléphone : |_|_ |_|_| _|_|_|_|_|_|

PRENOM :

CODE POSTAL DOMICILE : |_|_|_|_|_|

DEPARTEMENT DE NAISSANCE : |_|_|

Date de la demande d'IVG : |_|_| |_|_||_|_|

Date dernières règles : |_|_| |_|_|

βHCG le : |_|_| |_|_|

résultat(s) :.....

Echographie le : .....

résultat(s) :

ATCD Gynéco- obstétricaux:

Nb d'accouchement(s) : |_|_|

dont césarienne(s) |_|

Nb de FCS |_|_|

Nb d'IVG chirurgicale |_|

Nbre d'IVG médicamenteuse : |_|

ATCD Médico-chirurgicaux :

Troubles coagulation :

oui ❑ non ❑

Autres :

Groupe Rh :

Traitements :

Allergies médicamenteuses :

ANOMALIES DE L'EXAMEN CLINIQUE GYNECOLOGIQUE:

traitement éventuel :

PROTOCOLE MEDICAMENTEUX :

Prise de la Mifépristone le : |_|_| |_|_|

Posologie : |_|_|_|*mg*

AU TERME DE (en SA) :

Prise du Misoprostol le : |_|_| |_|_|

Posologie : |_|_|_|*µg*

gammaglobulines anti-D ❑

FIN DE PROCEDURE

Visite de contrôle prévue le : |_|_| |_|_|

Venue oui ❑ non ❑

Si non : Relance oui ❑ non ❑

Visite effectuée le : |_|_| |_|_|

Contrôle de l'efficacité par :

❑ Dosage βHCG

le : |_|_| |_|_|

résultat(s) :

❑ Echographie

Si Complications :

❑ Hémorragie

❑ Infection

❑ Rétention partielle

❑ Rétention complète

❑ Grossesse évolutive

Traitement complémentaire nécessaire :

Reprise de misoprostol ❑

Aspiration chirurgicale ❑ au centre

❑ dans un autre centre

Transfusion ❑

Antibiotiques ❑

Synthèse

Nombre d'appels au médecin traitant :

0 ❑ 1❑ 2 ❑ 3 ❑

Nombre de visites en urgence :

Cabinet : 0 ❑ 1❑ 2 ❑ 3 ❑

Hôpital : 0 ❑ 1❑ 2 ❑ 3 ❑

Contraception (en clair) :

Entretien avec une conseillère réalisé : oui ❑ non ❑

Fiche de statistiques DDASS envoyée ❑