

**Centre référent :**

Tampon ou nom du service sollicité

**Médecin ou Sage-Femme :**

Tampon ou nom, prénom et n° tel

**FICHE DE LIAISON / IVG MÉDICAMENTEUSE**

<b>NOM (usuel) :</b> Nom de naissance :		<b>PRÉNOM :</b> Sexe : Féminin	
<b>ANNÉE DE NAISSANCE :</b>		Adresse (domicile) :	
Téléphone :		CP :	Ville :
LIEU DE NAISSANCE (DEPT) :		DÉPARTEMENT : <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 61 <input type="checkbox"/> 76 <input type="checkbox"/> Autre	
<b>Demande d'IVG</b> Date : <input type="checkbox"/> Attestation 1 <sup>ère</sup> consultation <input type="checkbox"/> Attestation consentement écrit <input type="checkbox"/> Entretien psycho social réalisé <input type="checkbox"/> Risque de violences dépisté		Date des dernières règles : Date de début de grossesse : <b>Résultats</b> βhCG : Date : Hémoglobine : Date : Échographie : Date : <input type="checkbox"/> Dépistage Chlamydia / Gonocoque <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif	
<b>ATCD gynéco-obstétricaux :</b> Gestité : Parité : Contraception antérieure : Nb d'accouchement(s) : dont césarienne(s) : Nb de FCS : Nb d'IVG chirurgicale(s) : Nb d'IVG médicamenteuse(s) :		<b>ATCD médico-chirurgicaux :</b> Troubles de la coagulation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres : <b>Groupe Rh :</b>	
<b>PROTOCOLE MÉDICAMENTEUX :</b> Prise de la Mifépristone le : Posologie : mg		<b>AU TERME DE (en SA) :</b> Prise du Misoprostol le : Posologie : µg	
Gammaglobulines anti-D 200 µg <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Antalgiques prescrits ( <i>détailler</i> ) :	
<b>FIN DE PROCÉDURE</b>			
<b>Visite de contrôle prévue le :</b> Venue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, Relance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Contrôle de l'efficacité par :</b> <input type="checkbox"/> βhCG Dosage le : Résultat : <input type="checkbox"/> Échographie Date : Résultat : <b>Complications</b> <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Rétention partielle <input type="checkbox"/> Rétention complète <input type="checkbox"/> Grossesse évolutive		<b>Traitement complémentaire nécessaire</b> <input type="checkbox"/> Reprise de Misoprostol <input type="checkbox"/> Aspiration chirurgicale Date : Lieu : <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Antibiotiques <b>Synthèse</b> Nombre d'appels au médecin traitant / sage-femme : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> > 3 Nombre de visites en urgence : Cabinet : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> > 3 Hôpital : <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> > 3 Contraception : Dépistage autres IST : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

En cas de problèmes, veuillez contacter le :  
ou le service des urgences gynécologiques :

(médecin ou sage-femme)  
ou présentez-vous aux urgences.