

Centre référent :

Tampon ou nom du service sollicité

**Médecin ou Sage-Femme :**

Tampon ou nom, prénom et n° tel

FICHE DE LIAISON / IVG MÉDICAMENTEUSE

NOM (usuel) : Nom de naissance :		PRÉNOM : Sexe : Féminin	
ANNÉE DE NAISSANCE :		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	
Demande d'IVG Date : <input type="checkbox"/> Attestation 1 ^{ère} 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 : Résultats βhCG : Date : Hémoglobine : Date : Échographie : Date : <input type="checkbox"/> Dépistage Chlamydia / Gonocoque <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif	
ATCD gynéco-obstétricaux : Gestité : Parité : Contraception antérieure : Nb d'accouchement(s) : dont césarienne(s) : Nb de FCS : Nb d'IVG chirurgicale(s) : Nb d'IVG médicamenteuse(s) :		ATCD médico-chirurgicaux : Troubles de la coagulation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres : Groupe Rh :	
PROTOCOLE MÉDICAMENTEUX : Prise de la Mifépristone le : Posologie : mg		AU TERME DE (en SA) : Prise du Misoprostol le : Posologie : µg	
Gammaglobulines anti-D 200 µg <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Antalgiques prescrits (<i>détailler</i>) :	
FIN DE PROCÉDURE			
Visite de contrôle prévue le : Venue : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, Relance : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Contrôle de l'efficacité par : <input type="checkbox"/> βhCG Dosage le : Résultat : <input type="checkbox"/> Échographie Date : Résultat : Complications <input type="checkbox"/> Hémorragie <input type="checkbox"/> Infection <input type="checkbox"/> Rétention partielle <input type="checkbox"/> Rétention complète <input type="checkbox"/> Grossesse évolutive		Traitement complémentaire nécessaire <input type="checkbox"/> Reprise de Misoprostol <input type="checkbox"/> Aspiration chirurgicale Date : Lieu : <input type="checkbox"/> Transfusion <input type="checkbox"/> Antibiotiques Synthèse 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.