

FICHE DE LIAISON / IVG MÉDICAMENTEUSE A DOMICILE

NOM:		PRÉNOM:	
ANNÉE DE NAISSANCE:		CODE POSTAL DOMICILE:	
Téléphone:		DÉPARTEMENT DE NAISSANCE :	
Date de la demande d'IVG :		DDR:	
Attestation 1 ^{ère} consultation		DG:	
Attestation consentement écrit		HCG le :	
Entretien psycho social réalisé		Résultat(s) :	
Risque de violences dépisté		Échographie le :	
Résultats(s) :			
ATCD Gynéco-obstétricaux : G : P :		ATCD Médico-chirurgicaux :	
Contraception antérieure :		Traitements en cours :	
Nb d'accouchement(s) :		Troubles coagulation :	
dont césarienne(s) :		oui non	
Nb de FCS :		Autres :	
Nb d'IVG chirurgicale(s) :		Groupe Rh :	
Nb d'IVG médicamenteuse(s):		Allergies médicamenteuses :	
<u>PROTOCOLE MÉDICAMENTEUX</u> : AU TERME DE (en SA) :			
Prise de la Mifépristone le :		Prise du Misoprostol le :	
Posologie : mg		Posologie : µg	
N°lot :		N°lot :	
Antalgiques prescrits (<i>détailler</i>) :			
FIN DE PROCÉDURE			
<u>Visite de contrôle prévue le :</u>		<u>Traitement complémentaire nécessaire :</u>	
Venue : oui non		Reprise de Misoprostol	
Si non, Relance : oui non		Aspiration chirurgicale Précisez le lieu :	
<u>Contrôle de l'efficacité par :</u>		Transfusion	
Dosage HCG, le :		Antibiotiques	
Résultat :		<u>Synthèse :</u>	
Échographie, le :		Nombre d'appels au médecin traitant / Sage-femme :	
<u>Complications :</u>		0 1 2 3	
Hémorragie		Nombre de visites en urgence :	
Infection		Cabinet : 0 1 2 3	
Rétention partielle		Hôpital : 0 1 2 3	
Rétention complète			
Grossesse évolutive		Contraception :	
		Dépistage autres IST : oui non	

En cas de problèmes, veuillez contacter :

Ou le médecin de garde de gynécologie ou numéro standard téléphonique :

Ou présentez-vous aux urgences gynécologiques