

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 :		Traitements en cours :	
Contraception antérieure :		Troubles coagulation :		Allergies médicamenteuses :	
Nb d'accouchement(s) :		oui non			
dont césarienne(s) :		Autres :			
Nb de FCS :		Groupe Rh :			
Nb d'IVG chirurgicale(s) :					
Nb d'IVG médicamenteuse(s):					
<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