

FICHE DE LIAISON / IVG MÉDICAMENTEUSE À DOMICILE

NOM: ANNÉE DE NAISSANCE: _ _ _ _ Téléphone: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		PRÉNOM: CODE POSTAL DOMICILE: _ _ _ _ _ DÉPARTEMENT DE NAISSANCE : _ _ _	
Date de la demande d'IVG : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ <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		DDR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ DG: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ HCG le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Résultat(s) : Échographie le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Résultats(s) :	
ATCD Gynéco-obstétricaux : G : P : 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 coagulation : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Autres : Groupe Rh : <input type="text"/>	Traitements en cours : Allergies médicamenteuses :
<u>PROTOCOLE MÉDICAMENTEUX : AU TERME DE (en SA) :</u> <input type="text"/>			
Prise de la Mifépristone le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Posologie : _ _ _ _ mg N°lot :		Prise du Misoprostol le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Posologie : _ _ _ _ µg N°lot :	
Antalgiques prescrits (<i>détailler</i>) :			
FIN DE PROCÉDURE			
Visite de contrôle prévue le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Venue : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si non, relance : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Contrôle de l'efficacité par : <input type="checkbox"/> Dosage HCG, le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Résultat : <input type="checkbox"/> Échographie, le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 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 : Reprise de Misoprostol <input type="checkbox"/> Aspiration chirurgicale <input type="checkbox"/> Précisez le lieu : Transfusion <input type="checkbox"/> Antibiotiques <input type="checkbox"/> Synthèse : Nombre d'appels au médecin / sage-femme : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nombre de visites en urgence : Cabinet : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Hôpital : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Contraception (en clair) : Dépistage IST : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

En cas de problèmes, veuillez contacter :
 Ou le médecin de garde de gynécologie ou numéro standard téléphonique :
 Ou présentez-vous aux urgences gynécologiques