****

Médecin/Sage-femme :cachet

 **FICHE DE LIAISON / IVG MÉDICAMENTEUSE À DOMICILE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM:**…………………………………………**ANNÉE DE NAISSANCE:** I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**Téléphone:** I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I | **PRÉNOM:**…………………………………………CODE POSTAL DOMICILE: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_IDÉPARTEMENT DE NAISSANCE : I\_\_I\_\_I |
| Date de la demande d’IVG : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I❒ Attestation 1ère consultation❒ Attestation consentement écrit❒ Entretien psycho social réalisé❒ Risque de violences dépisté | DDR: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_IDG: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_IHCG le : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_IRésultat(s) :……………………………………………Échographie le : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_IRésultats(s) : :…………………………………………… |
| **ATCD** Gynéco-obstétricaux : G : P :Contraception antérieure :Nb d’accouchement(s) : I\_\_I\_\_I dont césarienne(s) : I\_\_INb de FCS : I\_\_I\_\_INb d’IVG chirurgicale(s) : I\_\_INb d’IVG médicamenteuse(s): I\_\_I | **ATCD** Médico-chirurgicaux :Troubles coagulation :oui ❒ non ❒Autres : **Groupe Rh :**  | **Traitements  en cours :** Allergies médicamenteuses :  |
|  **PROTOCOLE MÉDICAMENTEUX : AU TERME DE (en SA) :** |

|  |  |
| --- | --- |
| Prise de la Mifépristone le : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_IPosologie : I\_\_I\_\_I\_\_I mgN°lot : | Prise du Misoprostol le : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_IPosologie : I\_\_I\_\_I\_\_I µgN°lot :  |
| Gammaglobulines anti-D 200 µg ❒ | Antalgiques prescrits *(détailler)* :  |
| **FIN DE PROCÉDURE** |
| **Visite de contrôle prévue le :** I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_IVenue : oui ❒ non ❒Si non, Relance : oui ❒ non ❒**Contrôle de l’efficacité par :** ❒ Dosage HCG, le : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I Résultat :❒ Échographie, le : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**Complications :** ❒ Hémorragie ❒ Infection❒ Rétention partielle ❒ Rétention complète ❒ Grossesse évolutive | **Traitement complémentaire nécessaire :**Reprise de Misoprostol ❒Aspiration chirurgicale ❒ Précisez le lieu : Transfusion ❒Antibiotiques ❒**Synthèse :**Nombre d’appels au médecin / sage-femme : 0 ❒ 1 ❒ 2 ❒ 3 ❒Nombre de visites en urgence : Cabinet : 0 ❒ 1 ❒ 2 ❒ 3 ❒ Hôpital : 0 ❒ 1 ❒ 2 ❒ 3 ❒ |
| Contraception (en clair) :Dépistage 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**