****

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\_\_I  DÉPARTEMENT 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\_\_I  DG: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I  HCG le : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I  Résultat(s) :……………………………………………  Échographie le : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I  Résultats(s) : :…………………………………………… | |
| **ATCD** Gynéco-obstétricaux : G : P :  Contraception antérieure :  Nb d’accouchement(s) : I\_\_I\_\_I  dont césarienne(s) : I\_\_I  Nb de FCS : I\_\_I\_\_I  Nb d’IVG chirurgicale(s) : I\_\_I  Nb 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\_\_I  Posologie : I\_\_I\_\_I\_\_I mg  N°lot : | Prise du Misoprostol le : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I  Posologie : I\_\_I\_\_I\_\_I µg  N°lot : |
| Gammaglobulines anti-D 200 µg ❒ | Antalgiques prescrits *(détailler)* : |
| **FIN DE PROCÉDURE** | |
| **Visite de contrôle prévue le :** I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I  Venue : 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**