

	Nom du Centre Hospitalier référent :
--	--------------------------------------

FICHE DE LIAISON / IVG MÉDICAMENTEUSE EN VILLE

Nom :		PRÉNOM :	
Année de naissance : 1 9		CODE POSTAL DOMICILE :	
Téléphone :		DÉPARTEMENT DE NAISSANCE :	
Date de la demande d'IVG :		BHCG le :	
Dernières règles :		résultat(s) :	
		Echographie le :	
		résultat(s) :	
ATCD GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX :		ATCD MÉDICO-CHIRURGICAUX :	
Nb d'accouchement(s) :		Troubles coagulation :	
dont césarienne(s) :		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
Nb de FCS :		Autres :	
Nb d'IVG chirurgicale :		Groupe Rh : <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
Nb d'IVG médicamenteuse :			
		Traitements :	
		Allergies médicamenteuses :	
ANOMALIES DE L'EXAMEN CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE :			
Traitement éventuel :			
PROTOCOLE MÉDICAMENTEUX :			
Prise de la Mifépristone le :		Prise du Misoprostol le :	
Posologie : mg		Posologie : µg	
AU TERME DE (en SA) : <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		gammaglobulines anti-D <input type="checkbox"/>	
FIN DE PROCÉDURE :		Traitement :	
Visite de contrôle prévue le :		Reprise de misoprostol <input type="checkbox"/>	
Venue : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		Aspiration chirurgicale <input type="checkbox"/> au centre	
Si non : Relance : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> dans un autre centre	
Visite effectuée le :		Transfusion <input type="checkbox"/>	
		Antibiotiques <input type="checkbox"/>	
Contrôle de l'efficacité par :		Synthèse :	
<input type="checkbox"/> Dosage βHCG		Nombre d'appels au médecin traitant :	
le :		0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
résultat(s) :		Nombre de visites en urgence :	
<input type="checkbox"/> Echographie		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"/>	
Si Complications :		Contraception (en clair) :	
<input type="checkbox"/> Hémorragie			
<input type="checkbox"/> Infection		Entretien avec une conseillère réalisé : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rétention partielle			
<input type="checkbox"/> Rétention complète			
<input type="checkbox"/> Grossesse évolutive			