

FICHE DE LIAISON / IVG MEDICAMENTEUSE EN VILLE

NOM :		
PRENOM :		
DATE DE NAISSANCE :		
Dates des dernières règles :		
βHCG le :		
Résultat(s) :		
Echographie le :		
Terme :		
IVG réalisée par téléconsultation exclusivement :		
Eléments du contexte médico-psycho-social importants à savoir :		
<u>ATCD Gynéco- obstétricaux :</u>		<u>Groupe Rh :</u> <input type="text"/>
Nb d'accouchement(s) :		
Nb de FCS		
Nb d'IVG chirurgicale		
Nb d'IVG médicamenteuse :		
<u>DEPISTAGES DES IST</u>		
Sérologie :		
PCR - CT/NG :		
Prévention du cancer du col de l'utérus < 3 ans : oui :		
<u>PROTOCOLE MEDICAMENTEUX :</u>		Prise du Misoprostol le :
Prise de la Mifépristone le :		Posologie :
Posologie : mg AU TERME DE (en sa) : <input type="text"/>		
<u>FIN DE PROCEDURE</u>		
Contraception prévue : oui : <input type="checkbox"/> non : <input type="checkbox"/>		
<u>Contrôle de l'efficacité prévue par :</u>		<u>RESULTATS :</u>
<input type="checkbox"/> Dosage βHCG le : résultat(s) : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Succès de la méthode <input type="checkbox"/> Echec de la méthode (aspiration) <input type="checkbox"/> Perdue de vue
<input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Test urinaire basse sensibilité		<u>Remarques sur le suivi :</u>
<u>RDV de suivi prévu le :</u>		

