

# Fiche de liaison - IVG médicamenteuse en ville

Version 2026

Conventionnement avec l'établissement : .....

Praticien	Patiente
	Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... Code postal domicile : ..... Si patiente mineure non émancipée, autorité parentale avisée : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

<b>Groupe Rhésus :</b> .....  <b>Grossesse</b> DDR : ..... BHCG : ..... UI, le : ..... Échographie le : ..... DDG échographique : ..... Si échographie non réalisée, DDG théorique, le : .....	<b>Antécédents</b> <b>G P</b> AVB : ..... Césarienne : ..... Autres : ..... FCS : ..... GEU : ..... IVG med. : ..... IVG inst. : ..... <b>Médicaux notables :</b> ..... ..... Allergies : ..... Traitement : ..... Consommation toxiques : ..... Autres : .....
---	--

<b>IVG médicamenteuse à</b> ..... SA + ..... j Mifépristone : ..... mg le : ..... Misoprostol : ..... ug le : ..... Voie d'administration : <input type="checkbox"/> transmuqueuse <input type="checkbox"/> orale <b>Antalgiques</b> <input type="checkbox"/> Paracétamol <input type="checkbox"/> AINS Autres : ..... Autres traitements prescrits : .....	<b>Suivi post-IVG</b> Contrôle prévu le : .....  <b>Succès</b> <input type="checkbox"/> BHCG : ..... UI, le : ..... <input type="checkbox"/> Checktop positif / négatif, le : ..... <b>Complications</b> ..... .....
--	--

<b>Résultats éventuels</b> Chlamydia : <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> non réalisé Gonocoque : <input type="checkbox"/> pos <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> non réalisé <b>IST</b> sanguine : ..... <input type="checkbox"/> neg <input type="checkbox"/> non réalisé <input type="checkbox"/> pos : ..... Hb : ..... g/dL <input type="checkbox"/> non réalisé Autres : ..... Traitements : .....	<b>Contraception</b> Avant l'IVG : ..... ..... Post-IVG : ..... ..... Début le : .....
--	---