

**FICHE ÉVÈNEMENT INDÉSIRABLE
LIÉ À UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE**

Date de la déclaration : ____ / ____ / ____

ORIGINE DE LA DÉCLARATION

Nom et tampon du déclarant : *(possibilité de garder votre anonymat)*

Fonction : _____

Structure : _____

Autre(s) acteur(s) impliqué(s) :

LA PERSONNE CONCERNÉE

Âge

Couverture sociale

PUMa + Mutuelle PUMa seule CMU AME Sans

Terme de la grossesse (SA)

Méthode

Médicamenteuse Chirurgicale

L'ÉVÈNEMENT DÉCLARÉ

Date, heure et lieu de l'évènement :

Incident(s) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accueil | <input type="checkbox"/> Prise en charge des complications |
| <input type="checkbox"/> Choix de la méthode | <input type="checkbox"/> Délai de prise en charge |
| <input type="checkbox"/> Constitution du dossier | <input type="checkbox"/> Entretien psycho-social |
| <input type="checkbox"/> Entretien médical | <input type="checkbox"/> Non respect confidentialité, anonymat |
| <input type="checkbox"/> Organisation de l'établissement | <input type="checkbox"/> Transport |
| <input type="checkbox"/> Maltraitance | <input type="checkbox"/> Echographie |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ | |

Description de l'évènement :

ÉVÈNEMENTS ASSOCIÉS AUX SOINS

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Échec IVG | <input type="checkbox"/> Effets indésirables |
| <input type="checkbox"/> Risque vital | <input type="checkbox"/> Hospitalisation en réanimation |
| <input type="checkbox"/> Ré-intervention chirurgicale | <input type="checkbox"/> Décès |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____ | |

Description :

TRAITEMENT *(réservé au Réseau de Périnatalité de Guyane)*

Date de réception :

Document à transmettre à

Pour Cayenne et l'Est

Réseau de Périnatalité de Guyane
6 rue des Cèdres,
97354 Rémire-Montjoly

assistant-coordo@reseaperinatguyane.fr
0594 27 16 01

Pour l'Ouest

Réseau de Périnatalité de Guyane
21 avenue de la Marne,
97320 Saint-Laurent-du-Maroni

ref-ouest@reseaperinatguyane.fr
0694 36 68 78