



Fiche de liaison ville-hôpital Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse

A remplir par le professionnel de santé ayant réalisé l'IVG et à remettre à la patiente qui le présentera en cas d'urgence à l'établissement de santé avec lequel le professionnel est conventionné (article R 2212-15, code de la Santé Publique).

Nom, prénom :

Date de naissance : ___/___/____

Adresse :

Téléphone :

Groupe, rhésus :

Date des dernières règles : ___/___/____ Date de début de grossesse : ___/___/____

Terme (SA) :

Échographie : date ___/___/____ Terme (SA) : (Joindre le compte-rendu)

Antécédents gynéco-obstétricaux

Gestité : Parité :

Nombre d'IVG : Nombre de GEU :

Autres :

.....

Antécédents médico-chirurgicaux

.....

.....

Traitement(s) en cours :

Allergies : Tabac :

Autres :

MIFEPRISTONE : comprimé(s) le ___/___/____

MISOPROSTOL : comprimé(s) le ___/___/____

Autre(s) traitement(s) prescrit(s) :

Si rhésus négatif, injection d'immunoglobuline anti-D 200 µg le ___/___/____

N° de lot :

Contraception :

Remarque :

Visite de contrôle prévue le ___/___/____

Date, signature et cachet du professionnel de santé