



MOCLI60196

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

INTERRUPTION VOLONTAIRE GROSSESSE (IVG) COMPTE-RENDU CHIRURGICAL - MÉDECIN

☐ Consentement à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) chirurgicale validé par le médecin

IVG effectuée par : _____

Heure début : ____hh:mm____ Heure de fin : ____hh:mm____ Durée : _____

Particularité(s) préopératoire(s) : _____

Gestation de : _____ semaines

DÉPISTAGE DES ITSS ET RÉSULTATS

☐ Chlamydia : Site : _____ Date : ____aaaa/mm/jj____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif Traité le : ____aaaa/mm/jj____

☐ Gonorrhée : Site : _____ Date : ____aaaa/mm/jj____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif Traité le : ____aaaa/mm/jj____

☐ _____ : Site : _____ Date : ____aaaa/mm/jj____ Résultat : ☐ Positif ☐ Négatif Traité le : ____aaaa/mm/jj____

Autre : _____

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

Vulve : _____ Position de l'utérus : ☐ Antéversé

Vagin : _____ ☐ Rétroversé

Col : _____ ☐ Médian

Utérus : _____

Annexes : _____

Impression grossesse de : _____

PRÉPARATION DU COL

☐ Misoprostol 200 mcg/co, 2 co par voie vaginale insérés à : ____aaaa/mm/jj____ ☐ Saignements ☐ Crampes

ANESTHÉSIE PARA-CERVICALE

☐ Lidocaïne 2% + Épi 1:100 000 inj. : _____ ☐ Lidocaïne 2% inj. : _____ ☐ Vasopressine inj. : _____ ☐ Autre : _____

INTERVENTIONS

Hystérométrie : _____

Dilatateur : _____

Aspiration : ☐ Pompe ☐ Vacurette # _____

Curetage : _____

Échographie : ☐ Pré ☐ Per ☐ Post Âge gestationnel : _____ semaines

Pertes sanguines évaluées à : _____ mL

Examen des tissus : Quantité de membranes et placenta adéquate : ☐ Oui ☐ Non Villosités : ☐ Oui ☐ Non

Sac gestationnel : ☐ Oui ☐ Non

Autre : _____

Spécimen chirurgical envoyé en pathologie : ☐ Oui ☐ Non

NOTES D'ÉVOLUTION

MÉTHODES CONTRACEPTIVES / PRESCRIPTIONS AU DÉPART

☐ Usagère avisée que l'implant/stérilet peut demeurer en place x _____ ans

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : ____aaaa/mm/jj____