



MOCLI60191

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG) ÉVALUATION INFIRMIÈRE ET MÉDICALE

RENCONTRE PRÉ-IVG COLLECTE DE DONNÉES INITIALE	
Date : aaaa-mm-jj	Médecin de famille : _____ Assurance médicaments : ☐ RAMQ ☐ Privée
Âge : _____ ans	Coordonnée téléphonique avec boîte vocale : _____ Courriel : _____
Coordonnées pharmacie communautaire : _____	Accompagnateur présent ce jour : ☐ Oui ☐ Non Nom et lien : _____
Problème de santé : ☐ Oui ☐ Non Antécédents médicaux : _____	
Allergies : ☐ Oui ☐ Non Allergène(s) : _____ Type de réaction : _____	
Médicament(s) : ☐ Oui ☐ Non ☐ Formulaire de collecte de données BCM complété	
Tabac : ☐ Oui ☐ Non Cigarettes/jour : _____ Vapotage : ☐ Oui ☐ Non Quantité nicotine (mg/jour) : _____	
Alcool : ☐ Oui ☐ Non Type, qté, fréquence : _____	
Drogue : ☐ Oui ☐ Non Type, qté, fréquence : _____ Dernière dose : aaaa/mm/jj _____ hh:mm	
ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX	
Gravida : _____ Para : _____ Aborta spontané : _____ Aborta provoqué : _____ Vivant : _____	
Accouchements vaginaux : ☐ Oui ☐ Non (Nombre, Année) : _____	
Accouchements par césarienne : ☐ Oui ☐ Non (Nombre, Année) : _____	
Complications postpartum : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Fausse-couche : ☐ Oui ☐ Non Année(s) : _____ Curetage : ☐ Oui ☐ Non Année(s) : _____	
Complications : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Avortement antérieur : ☐ Oui ☐ Non ☐ Médical Nb _____ et année(s) : _____ ☐ Chirurgical Nb _____ et année(s) : _____	
Lieu(s) de(s) intervention(s) : _____ Complications : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
HISTOIRE GYNÉCOLOGIQUE	
Cycles menstruels : ☐ Réguliers ☐ Irréguliers Durée des cycles : _____ jours Durée saignements : _____ jours	
Dysménorrhée : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Dernière cytologie (Test PAP/VPH); Année : _____ Résultat : ☐ Normal ☐ Anormal Préciser : _____	
Traitement colposcopie : ☐ Oui ☐ Non Année : _____ Fibromes : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Pertes vaginales anormales : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Autre(s) : _____	
ANTÉCÉDENTS ITSS	
☐ Chlamydia, Année : aaaa/mm/jj ☐ Gonorrhée, Année : aaaa/mm/jj ☐ Autre(s) : _____	
Nombre de partenaires : Dans les 2 derniers mois : _____ Dans la dernière année : _____ Condom : ☐ Oui ☐ Non ☐ Parfois	
Commentaires : _____	
HISTOIRE CONTRACEPTIVE	
Contraception utilisée avant la survenue de cette grossesse : ☐ Oui ☐ Non Laquelle : _____	
Si oui, raison de l'échec : _____	
Méthode(s) déjà utilisée(s) : ☐ Oui ☐ Non	Raison(s) d'abandon
1. _____	1. _____
2. _____	2. _____
3. _____	3. _____
Méthode contraceptive envisagée : ☐ Oui ☐ Non Laquelle : _____	
☐ Counseling et enseignement sur les différentes méthodes contraceptives	
☐ Contraception choisie ; remplir le formulaire clinique associé Prescription infirmière : ☐ Oui ☐ Non, référence médecin/IPS	

HISTOIRE DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Date des dernières menstruations (DDM) : aaaa-mm-jj Grossesse estimée de : _____ semaines
 Quantité et durée des dernières menstruations : ☐ Normales ☐ Anormales _____
 Test de grossesse positif en date du : aaaa-mm-jj
 Symptômes de grossesse : ☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ Émotive ☐ Constipation ☐ Seins sensibles ☐ Céphalée
☐ Fatigue Autre : _____ Depuis : aaaa/mm/jj
 Douleurs abdominales depuis DDM : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____
 Saignements depuis DDM : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

ÉCHOGRAPHIE

Échographie faite le : aaaa/mm/jj Âge gestationnel : _____ semaines Particularités : _____
 Référence : ☐ Rapport d'échographie du radiologiste OU ☐ Formulaire CLI-60680 rapport échographie pré et post IVG

PLAN D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Décision : ☐ Claire ☐ Ambivalente, préciser : _____
 Consultation au service social offerte : ☐ Accepte ☐ Refuse Référée à : _____
 Options discutées : ☐ Poursuivre grossesse ☐ Adoption ☐ Interruption volontaire de grossesse
 Décision de l'usagère : ☐ IVG **CHIRURGICALE** (14 semaines et moins lors de la date prévue de l'IVG)
☐ IVG **MÉDICALE** (11 semaines et moins (77 jours et moins) lors de la date prévue de l'IVG)

EXAMEN PHYSIQUE, GYNÉCOLOGIQUE ET PRÉLÈVEMENTS

Poids : _____ (kg) Taille : _____ (m) IMC : _____ (kg/m²) TA : _____/_____ mmHg Pouls : _____ batt/min
 SatO₂ : _____ % Auscultation : Cœur : _____ Poumons : _____
 Autres : _____
 Organes externes : _____ Col : _____
 Sécrétions vaginales : _____ pH : _____ ☐ Culture vaginale _____
☐ Cytologie (Test VPH) ☐ Autre : _____
 Dépistage ITSS selon OC-6040 Procéder à l'évaluation et intervenir lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) :
☐ Cervical ☐ Urinaire ☐ Vaginal ☐ Pharyngé Autre : _____

PRÉLÈVEMENTS EFFECTUÉS SELON ORDONNANCE COLLECTIVE OU INDIVIDUELLE

Groupe sanguin au dossier : _____ Rh : _____ ☐ Aucun prélèvement requis, si Rh positif
☐ Prélever un 1^{er} groupe sanguin + Rh + anticorps (RAI), si groupe inconnu. Fait le : aaaa/mm/jj
☐ Prélever 2^e groupe sanguin + Rh + anticorps (RAI), si pas 2 résultats au dossier
☐ 1^{er} BHCG urinaire : ☐ Positif ☐ Négatif aaaa/mm/jj ☐ Hb, Ht (si anémie suspectée)
☐ 2^e BHCG urinaire : ☐ Positif ☐ Négatif aaaa/mm/jj ☐ Autre : _____
 BHCG sanguin : ☐ Quantitatif 1 aaaa/mm/jj ☐ Quantitatif 2 aaaa/mm/jj

ENSEIGNEMENT ET INFORMATION SUR LE CONSENTEMENT

☐ Référence à site internet : _____
☐ Explications données sur l'IVG (avantages, inconvénients et risques)
 Compréhension de l'usagère : ☐ Bonne ☐ Limitée, préciser : _____
 Feuilles d'informations ☐ Remis OU ☐ Transmis par courriel (disponibles via intranet) : ☐ IVG chirurgicale ☐ IVG médicale
☐ Consentement libre et éclairé obtenu de l'usagère **en présentiel** par le médecin, AH-110 signé OU
☐ Consentement libre et éclairé de l'usagère obtenu **par téléphone** avec **témoign** et Dr _____, AH-110 signé
 Nom et prénom du témoin ainsi que le lien : _____

#Dossier :

RÉSULTATS DES PRÉLÈVEMENTS

NOTES COMPLÉMENTAIRES

Date : aaaa-mm-jj

ÉVALUATION PRÉ-IVG PAR LE MÉDECIN

☐ Révision et signature du consentement (AH-110) à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Présence d'un stérilet intra-utérin : ☐ Oui ☐ Non, Retiré à : hh:mm

Échographie Date : aaaa-mm-jj Âge gestationnel : _____ semaines

Présence sac gestationnel : ☐ Oui ☐ Non, Mesure : _____ mm

Présence sac vitellin : ☐ Oui ☐ Non

Présence pôle fœtal : ☐ Oui ☐ Non

Référence : ☐ Rapport d'échographie du radiologiste **OU** ☐ Formulaire CLI-60680 rapport échographie pré et post IVG

IVG MÉDICALE - ORDONNANCES MÉDICALES

☐ Répond aux indications et critères d'inclusion selon les lignes directrices sur l'IVG du Collège des médecins

☐ Aucune contre-indication (*suspicion grossesse ectopique, insuffisance surrénalienne chronique, troubles de coagulation ou utilisation d'anticoagulants, troubles rénaux ou hépatiques, corticothérapie systémique prolongée, asthme non contrôlé, porphyrie héréditaire, hypersensibilité à mifépristone, misoprostol, autres prostaglandines, anémie (Hb inférieur à 95 g/L)*)

Référence OIPI-700 Interruption volontaire grossesse (ivg) médicale - liaison et ordonnance externe **ET** OC-6040 Procéder à l'évaluation et intervenir lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Ordonnance : ☐ Remise au départ de l'usagère

☐ Transmise à la pharmacie : _____, joindre copie de l'ordonnance au dossier.

☐ Médication expliquée (mode d'action, risques et effets secondaires)

Date prévue pour prise mifépristone (Jour 1) : aaaa/mm/jj hh:mm Âge gestationnel (Jour 1) : _____ semaines

Date prévue pour prise misoprostol (Jour 2 ou 3) : aaaa/mm/jj

Rendez-vous de suivi : ☐ Présence : aaaa/mm/jj hh:mm

OU ☐ Téléphonique (7 à 14 jours après mifépristone) : aaaa/mm/jj

IVG CHIRURGICALE - ORDONNANCES MÉDICALES

Référence OIPI-718 Interruption volontaire grossesse (IVG) chirurgicale pré **ET** OC-6040 Procéder à l'évaluation et intervenir lors d'une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Ordonnance : ☐ Remise au départ de l'usagère **OU**

☐ Transmise à la pharmacie : _____, joindre copie de l'ordonnance au dossier.

☐ Médication expliquée (mode d'action, risques et effets secondaires)

☐ **IVG chirurgicale** : Rendez-vous donné le : aaaa/mm/jj hh:mm

NOTES COMPLÉMENTAIRES PAR LE MÉDECIN

☐ Attestation médicale pour arrêt de travail remise, joindre une copie au dossier.

Autres : _____

☐ Notes complémentaires au dossier de l'usagère

Signature du médecin : _____

permis : _____

Date : aaaa/mm/jj