Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

Installation : _____

INTERRUPTION VOLONTAIRE GROSSESSE (IVG)
SUIVI POST-IVG MÉDECIN

Date : aaaa/mm/jj **Visite contrôle** ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3**

☐ **IVG Médicale** Date de l'IVG selon cliente : aaaa/mm/jj ☐ **IVG Chirurgicale** Date de l'IVG : aaaa/mm/jj

IVG MÉDICALE

Prise de la médication

Mifépristone Date : aaaa/mm/jj

Misoprostol (vaginal) Date : aaaa/mm/jj

Autre(s) : _____

IVG CHIRURGICALE

Résultats

Pathologie : _____

Cytologie : _____

Autre(s) : _____

Épreuves diagnostiques

Échographie : Date : aaaa/mm/jj Résultats : _____

HCG quantitatif : Pré-IVG : _____UI/L Date : aaaa/mm/jj

Post-IVG : _____UI/L Date : aaaa/mm/jj Diminution : _____%

Résultats des prélèvements pré-IVG normaux? ☐ Oui ☐ Non Précisions : _____

Manquant(s) : _____

Symptômes

Saignements : ☐ Non ☐ Légers ☐ Modérés ☐ Abondants précisions : _____ Durée : _____ jrs

Douleurs / crampes : ☐ Non ☐ Légères ☐ Modérées ☐ Sévères précisions : _____ Durée : _____ jrs

Autres symptômes : ☐ Fièvre ☐ Frissons ☐ Nausées ☐ Vomissements ☐ Diarrhée ☐ Céphalée

☐ Autre(s) : _____

Analgésie utilisée : ☐ Aucune ☐ Acétaminophène ☐ AINS ☐ Morphine

Symptômes de grossesse disparus : ☐ Oui ☐ Non Depuis : _____ jours

Examen gynécologique

Vulve : _____

Vagin : _____

Col : _____

Utérus : _____

Annexes : _____

Adaptation psychosociale

☐ Normale ☐ Difficile Précisions : _____

_____

Contraception _____

Diagnostic _____

Conduite _____

_____(Suite au verso si nécessaire)

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : aaaa/mm/jj

Nom : Prénom : #Dossier :

Conduite (suite)

Signature du médecin : _____ # permis : _____ Date : aaaa/mm/jj