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

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) CHIRURGICALE

Poids : _____ kg Taille : _____ cm
Allergies : _____

Groupe sanguin : _____ Durée de la grossesse : _____ semaines

☐ Accompagnateur dans la salle, nom et lien : _____

Signes vitaux pré-IVG :
Heure : HH : MM TA : _____ mmHg Saturation O_2 : _____ %
FC : _____ /min FR : _____ /min

Au besoin : Glycémie capillaire : _____ mmol/L Température : _____ ˚C

Confirmation des médicaments pris par l'usagère avant l'intervention

☐ Doxycycline 100 mg, 1 comprimé PO HS la veille de l'IVG x 1 dose
☐ Misoprostol 200 mcg, 2 comprimés en intra-vaginal 4 heures pré-IVG à insérer à HH : MM
☐ Azithromycine 250 mg, 1 comprimé PO 1 heure pré-IVG

Symptômes : ☐ Saignements ☐ Crampes

Autres : _____

Cathéter intraveineux

Jelco # _____ Site : _____ Soluté : _____

Notes additionnelles

_____
_____
_____

Salle d'intervention

☐ # sonde endovaginale : _____

Surveillance des paramètres

Heure (HH:MM)	TAS/TAD (mmHg)	FC (bpm)	Saturation O_2 (%)	FR/min	*État de conscience	Signature inf.
:	/					
:	/					
:	/					
:	/					
:	/					

*État de conscience : 1 = alerte 2 = endormie éveil facile 3 = endormie éveil difficile 4 = sommeil très profond

_____ _____ _____
Date et heure (aaaa/mm/jj) Signature du prescripteur # permis

☐ Envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)

INTERRUPTION VOLONTAIRE GROSSESSE (IVG) CHIRURGICALE (SUITE)

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom, Prénom de la mère : _____

Médicaments	Dose	Administration / Signature inf.		Administration / Signature inf.	
_____ Initiales Acétaminophène PO	_____ mg	HH : MM		HH : MM	
_____ Initiales Acide tranexamique IV	_____ mg	HH : MM		HH : MM	
_____ Initiales Fentanyl IV bolus	_____ mcg	HH : MM		HH : MM	
	_____ mcg	HH : MM		HH : MM	
_____ Initiales Granisétron IV	_____ mg	HH : MM		HH : MM	
_____ Initiales Midazolam IV bolus	_____ mg	HH : MM		HH : MM	
	_____ mg	HH : MM		HH : MM	
_____ Initiales Misoprostol comprimé ☐ Trans muqueuse buccale*	_____ mcg	HH : MM		HH : MM	
☐ Intra vaginal	_____ mcg	HH : MM		HH : MM	
☐ Intra rectal	_____ mcg	HH : MM		HH : MM	
_____ Initiales Naproxène PO	_____ mg	HH : MM		HH : MM	
_____ Initiales Ondansétron IV	_____ mg	HH : MM		HH : MM	
_____ Initiales Winrho ☐ IM ☐ IV	_____ mcg	HH : MM		HH : MM	

Autre médicament : _____

*Trans muqueuse buccale en plaçant les comprimés entre les joues et gencives x 30 minutes, puis avaler les fragments résiduels avec de l'eau

Salle de repos post-IVG

Heure d'arrivée : HH : MM

Paramètres	HH : MM	HH : MM	HH : MM	HH : MM	HH : MM
TA (mmHg)					
FC (/min)					
Saturation O_2 (%)					
FR (/min)					
* État de conscience					
Symptômes					
Douleur abdominale (1 à 10)					
Saignement vaginal + léger ++ modérée +++ abondant					
Nausées					
Vomissements					
Initiales inf. salle de repos					

* État de conscience : 1 = alerte 2 = endormie éveil facile 3 = endormie éveil difficile 4 = sommeil très profond

Enseignement

☐ Enseignement post-IVG ☐ Enseignement sur la contraception ☐ Usagère informée de ne pas conduire x 24 heures

Départ à : HH : MM accompagnée de : _____

Rendez-vous post-IVG : Date : _____ Endroit : _____

Autre : _____

_____ _____ _____
Date et heure (aaaa/mm/jj) Signature du prescripteur # permis

☐ Envoyé par _____ (init.) Heure d'envoi : _____ Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)