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 de la mère : _____

INTERRUPTION VOLONTAIRE GROSSESSE (IVG) CHIRURGICALE PRÉ

Poids : _____ kg Taille : _____ cm

Allergies : _____

MÉDICAMENTS PRÉ-IVG

_____ Doxycycline 100 mg, 1 comprimé PO HS la veille de l'IVG X 1 dose
Initiales

OU

_____ Azithromycine 250 mg, 1 comprimé PO 1 heure pré-IVG
Initiales

ET

_____ Misoprostol 200 mcg, 2 comprimés en intra-vaginal 4 heures pré-IVG
Initiales

Autres : _____

IVG= Interruption volontaire de grossesse

_____	_____	_____
Date et heure (aaaa/mm/jj)	Signature du prescripteur	# permis
☐ Envoyé par _____ (init.)	Heure d'envoi : _____	Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.)