

N° FINESS :

Précisez les initiales du praticien (médecin ou sage-femme) qui a reçu cette femme en consultation : /

Précisez les initiales du praticien qui a réalisé l'IVG : /

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ

Ce bulletin
ne doit faire
aucune mention de
l'identité
de la femme

BULLETIN STATISTIQUE
D'INTERRUPTION VOLONTAIRE
DE GROSSESSE

Cachet de l'établissement

À remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse, y compris pour motif médical.

A. DONNÉES RELATIVES AU LIEU DE L'ACTE MÉDICAL

<input type="checkbox"/> Département	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lieu de l'acte médical	LI	<input type="checkbox"/> Statut de l'établissement	ST
	DEP	Hôpital ou clinique.....	1	avec lequel le praticien a conventionné ou au sein duquel a été pratiqué l'acte.	
Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976		Cabinet de gynécologue ou de gynéco-obstétricien	2	Public.....	1
		Cabinet de généraliste ou autre	3	Privé à but non lucratif.....	2
				Privé à but lucratif.....	3

B. DONNÉES RELATIVES À LA FEMME

<input type="checkbox"/> Âge à la date de l'acte	<input type="text"/>	ans	AGE
<input type="checkbox"/> Département ou lieu de naissance	<input type="text"/>		LNAIS
<small>(Guadeloupe = 971, Martinique = 972, Guyane = 973, La Réunion = 974, Mayotte = 976, TOM = 098 Étranger : Europe = EUR ; Asie = ASI ; Afrique = AFR ; Amérique du Nord = AMN ; Amérique du Sud = AMS)</small>			
<input type="checkbox"/> Département ou lieu de domicile	<input type="text"/>		DOM
<input type="checkbox"/> Activité professionnelle			ACT
<i>Cocher une case</i>			
Occupe un emploi.....	<input type="checkbox"/>	1	
Actuellement au chômage.....	<input type="checkbox"/>	2	
Femme au foyer.....	<input type="checkbox"/>	3	
Étudiante ou élève.....	<input type="checkbox"/>	4	
Autre.....	<input type="checkbox"/>	5	

C. DONNÉES MÉDICALES

<input type="checkbox"/> Date de l'acte médical	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DA
	2	0		
	Jour	Mois	Année	
<small>Date de l'intervention pour une IVG chirurgicale. Sinon date de prise de la MIFEPRISTONE.</small>				
<input type="checkbox"/> Date du début des dernières règles	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DDR
	2	0		
	Jour	Mois	Année	
<input type="checkbox"/> Durée de gestation en semaines d'aménorrhée	<input type="text"/>	<input type="text"/>		DSA
<input type="checkbox"/> S'agit-il d'une interruption médicale de grossesse ?				IMG
<small>C'est-à-dire avec l'attestation légale de deux médecins (art. L 2213-1)</small>				
	Oui	<input type="checkbox"/>	1	
	Non	<input type="checkbox"/>	2	
<input type="checkbox"/> Technique employée	<i>Cocher une ou plusieurs cases</i>			
Chirurgicale avec anesthésie locale.....	<input type="checkbox"/>			TCL
Chirurgicale avec anesthésie générale.....	<input type="checkbox"/>			TCG
Médicamenteuse.....	<input type="checkbox"/>			TM
<input type="checkbox"/> Nombre de naissances antérieures	<input type="text"/>			GA
<input type="checkbox"/> Nombre d'IVG antérieures	<input type="text"/>			IVGA

Cachet et Signature du médecin

Questionnaire médical destiné au professionnel prenant en charge l'IVG

L'établissement auquel vous êtes rattaché a été sélectionné pour faire partie d'une étude portant sur les recours à l'IVG. La direction au sein de votre établissement (ou de votre établissement de rattachement pour les IVG réalisées en cabinet de ville) en a été informée et un correspondant est en charge de sa bonne réalisation.

Cette étude, réalisée sous la responsabilité du ministère de la santé (DREES, DGS et DHOS), en lien avec l'unité mixte INSERM-INED 569, a pour but de décrire les conditions d'accès et de prise en charge de l'interruption de grossesse.

La DREES a confié au département Santé de l'Institut BVA la réalisation de cette enquête dont **les réponses seront traitées de façon strictement anonyme et confidentielle.**

Ce questionnaire à remplir par le praticien (médecin ou sage-femme) réalisant l'IVG, a pour objectif de recueillir des informations concernant l'acte IVG. Il est composé de deux parties distinctes :

- partie 1 : partie à remplir le jour de l'intervention ou de la 1^{ère} prise de mifépristone, dont la première page correspond au Bulletin Statistique d'Interruption de la Grossesse
- partie 2 : partie à remplir le jour de la visite de contrôle des suites de l'IVG

La période d'inclusion des femmes dans l'enquête sont :

- **VARDATE1** : pour toutes les femmes (majeures, mineures, en établissement ou en cabinet de ville)
- **VARDATE2** : pour les femmes mineures ainsi que les femmes venues pratiquer une IVG dans un cabinet de ville

Ainsi pour chaque femme ayant eu recours à une IVG au cours de cette période, il vous est demandé de remplir un questionnaire.

Comptant sur votre coopération pour renseigner ce document, nous vous remercions de bien vouloir retourner ce questionnaire rempli suite à la visite de contrôle, AVANT LE VARDATE3 dans l'enveloppe T ci-jointe.

PARTIE 1 : À REMPLIR LE JOUR DE L'INTERVENTION OU DE LA PRISE DE MIFEPRISTONE

I - Données médicales

Antécédents obstétricaux

1 - Nombre de grossesses antérieures :

grossesses

2 - Date de la dernière naissance vivante :

/ / (jour / mois / année)

Si la patiente a déjà eu d'autres IVG auparavant

3 - Année de la dernière IVG :

(année)

Cette précédente IVG était-elle par voie médicamenteuse ?

Oui Non

4 - Quel praticien a vu cette patiente en consultation pré-IVG ? (Une seule réponse)

- Un médecin
- Une sage-femme
- Un autre praticien

En cas d'IVG médicamenteuse

5 - Quel praticien a donné la Mifépristone à la patiente ?
(Une seule réponse)

- Un médecin
- Une sage-femme
- Un autre professionnel

Dans le cas d'une IVG médicamenteuse effectuée par un médecin conventionné

6 - Est-ce une de vos patientes habituelles ?

Oui Non

Informations concernant la grossesse actuelle

7 - La patiente a-t-elle fait les examens complémentaires suivants : (Une réponse par ligne)

- a - β HCG plasmatique : Oui Non
- b - Échographie : Oui Non

Si oui, lieu de réalisation : (Une seule réponse)

- Dans un établissement de santé
- Dans un cabinet de radiologie en ville
- Au cabinet médical
- Autre lieu
(précisez : _____)

Résultats échographiques :

(Plusieurs réponses possibles)

- Grossesse évolutive
- Grossesse multiple
- Grossesse extra utérine
- Grossesse arrêtée

c - Groupe Rhesus : Oui Non

d - Prélèvement vaginal : Oui Non
Si positif, précisez le résultat : ←

e - Autres examens : Oui Non
Si oui, précisez lesquels : ←

8 - La patiente serait elle éligible pour une IVG médicamenteuse ?

- Oui Non
Si non, a-t-elle dépassé le terme des 8 semaines ?
 Oui Non, autre raison d'inéligibilité (précisez : _____)

9 - La patiente a-t-elle suivie une antibiothérapie avant l'intervention ?

Oui Non

II - Protocole thérapeutique

• Dans le cas d'une IVG médicamenteuse

10 - Mifégyne® :

Nombre de comprimés prescrits :

11 - Misoprostol :

- a - Nom commercial : (Une seule réponse)
 Cytotec Gymiso
- b - Nombre de comprimés prescrits :
- c - Voie d'administration : (Une seule réponse)
 orale vaginale sub-linguale
- d - Horaire de prise : heures après la Mifégyne®
- e - Lieu de prise du misoprostol : (Une seule réponse)
 Au cabinet de ville
 À la maison
 En établissement

12 - La femme sera-t-elle gardée en observation après la prise de Misoprostol ?

Oui Non

13 - Autres prescriptions :

- a - Antalgiques prescrits : (Une seule réponse)
 systématique
 selon la douleur
 non

b - Autres prescriptions complémentaires

Oui Non
Si oui, précisez lesquelles : _____

• Dans le cas d'une IVG chirurgicale

14 - Technique employée :

a - Type d'anesthésie (Une seule réponse)

- Chirurgicale avec anesthésie locale
- Chirurgicale avec anesthésie générale

→ Dans le cas d'une IVG chirurgicale avec anesthésie générale

b - Méthode de dilatation

(Plusieurs réponses possibles)

- Médicamenteuse
- Par laminaire
- Mécanique autre

15 - Durée totale d'hospitalisation prévue : heures

16 - Complications per opératoires : Oui Non

Si oui, précisez : ←
a - la nature de la complication : _____

b - le traitement : _____

17 - Transfert nécessaire sur une autre structure

ou un autre service : Oui Non

III - Contraception après l'IVG

18 - Avez-vous informé la patiente au sujet de la contraception ? (Une seule réponse)

- Non, la prochaine fois
- Non, pas eu le temps
- Non, c'est son médecin qui le fera
- Oui

19 - En avez-vous prescrit ou conseillé une ?

Oui Non

Si vous en avez prescrit ou conseillé une

20 - Quelle méthode avez-vous prescrit ou conseillé ? (Plusieurs réponses possibles)

- Pilule
- Stérilet
- Implant
- Patch
- Anneau vaginal
- Préservatif masculin
- Eponge
- Spermicide
- Abstinence périodique
- Retrait
- Autre méthode (précisez laquelle : _____)

21 - Avez-vous prévu une visite de contrôle post-IVG ?

Oui Non

Nous vous remercions d'avoir rempli cette première partie du questionnaire.

Les questions suivantes sont à remplir suite à la visite de contrôle. Nous vous conseillons de garder ce questionnaire dans le dossier de la patiente.

CONSULTATION POST-IVG

PARTIE 2 : À REMPLIR LE JOUR DE LA VISITE DE CONTRÔLE

Si la femme ne se présente pas à la visite de contrôle, merci de le retourner dès que possible

22 - La femme est-elle venue en visite de contrôle après l'IVG ?

Oui Non

→ Date de cette visite :

| | / | | / 2 | 0 | 0 | 7 | (jour / mois)

23 - Quel praticien a vu cette patiente en consultation post-IVG ? (Une seule réponse)

- Un médecin
 Une sage-femme
 Un autre praticien

Si IVG médicamenteuse

24 - La femme a-t-elle pris les comprimés de Misoprostol ?

Oui

→ Nombre de comprimés pris au total : | | comprimés

Non (précisez la raison : _____
_____)

Quelque soit l'IVG

25 - Selon vous, la femme accepte-elle de parler de son IVG à ses proches ?

Oui Non

26 - Avez-vous informé la patiente au sujet de la contraception ? (Une seule réponse)

- Non, la prochaine fois
 Non, pas eu le temps
 Non, c'est son médecin qui le fera
 Oui

27 - En avez-vous prescrit ou conseillé une ?

Oui Non

Si vous en avez prescrit ou conseillé une

28 - Quelle méthode avez-vous prescrit ou conseillé ?

(Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pilule | <input type="checkbox"/> Éponge |
| <input type="checkbox"/> Stérilet | <input type="checkbox"/> Spermicide |
| <input type="checkbox"/> Implant | <input type="checkbox"/> Préservatif masculin |
| <input type="checkbox"/> Patch | <input type="checkbox"/> Abstinence périodique |
| <input type="checkbox"/> Anneau vaginal | <input type="checkbox"/> Retrait |
| | <input type="checkbox"/> Autre méthode |

(précisez laquelle : _____
_____)

29 - La femme a-t-elle ressenti des douleurs ?

Oui Non

Si la patiente a ressenti des douleurs

30 - Combien de temps ces douleurs ont-elles duré ?

| | heures OU | | jours

31 - Lui avez-vous prescrit des médicaments contre la douleur ?

Oui Non

Quelque soit l'IVG

32 - A-t-elle ressenti les symptômes suivants pendant ou après l'IVG ?

- Un malaise
 Des nausées, des vomissements
 De la diarrhée
 De la fièvre
 D'autres symptômes

33 - Examens complémentaires (après l'IVG) :

Oui Non

→ (Plusieurs réponses possibles)

β HCG plasmatique

Date de l'examen : | | / | | / | | | |
 jour mois année

Taux : | | | | | |

Échographie

Date de l'examen : | | / | | / | | | |
 jour mois année

Résultats échographiques : (Plusieurs réponses possibles)

- Vacuité utérine
 Visualisation de l'œuf sans activité cardiaque
 Visualisation de l'œuf avec activité cardiaque

Rétention → précisez la taille : | | mm

Autres commentaires (précisez : _____
_____)

34 - Résultat de l'IVG (sans ré-intervention chirurgicale) :

(Une seule réponse)

- Avortement complet
 Avortement incomplet
 Grossesse évolutive

a - Décision thérapeutique en cas d'échec :

(Plusieurs réponses possibles)

- Abstention thérapeutique
 Curetage chirurgical
 Aspiration chirurgicale
 Reprise de Mifégyne®
 Reprise de Misoprostol®

→ En cas d'intervention chirurgicale :

lieu d'intervention (Une seule réponse)

- Centre d'IVG référent
 Autre centre d'IVG
 Autre établissement de soins

35 - Complications de l'IVG : (Une réponse par ligne)

a - Hémorragie grave : Oui Non

Si oui :

• Prise en charge hospitalière : Oui Non

• Traitement de l'hémorragie : (Plusieurs réponses possibles)

- Aspiration
 Hystérectomie d'hémostase
 Transfusion
 Autres traitements (précisez : _____
_____)

b - Infection : Oui Non

Si oui :

• Prise en charge hospitalière : Oui Non

• Type d'infection : (Plusieurs réponses possibles)

- Endométrite
 Salpingite
 Autres infections (précisez : _____
_____)

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire
Merci de le retourner en le mettant dans l'enveloppe T ci-jointe