

Liste de contrôle du prescripteur d'avortement médical

Nom de la personne :	Tél :
DDN :	Âge :
Carte d'assurance-maladie :	

1. Counseling

- Fournir du counseling sur les options de grossesse
- Discuter des différences entre l'avortement chirurgical et médical
- Expliquer le protocole d'avortement médical
 - Réviser le calendrier : échographie (si indiqué), tests de laboratoire (si indiqué), médicaments, rendez-vous de suivi
 - Réviser l'efficacité, les effets secondaires et les complications potentielles
- Plan de contraception : _____ date de début : ___/___/___

2. Détermination de l'admissibilité à un avortement médical

- | | |
|--|--|
| <p>Confirmer tous les critères d'admissibilité</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Exprime une décision éclairée en choisissant l'avortement <input type="checkbox"/> N'a aucune évidence d'avoir été contrainte à l'avortement <input type="checkbox"/> Donne son consentement éclairé <input type="checkbox"/> Comprend les effets secondaires attendus (saignements, crampes) <input type="checkbox"/> S'engage à respecter le calendrier de visite <input type="checkbox"/> Accepte l'avortement chirurgical si la grossesse se poursuit <input type="checkbox"/> Comprend quand et où consulter en cas de complications <input type="checkbox"/> A accès au téléphone, au transport et aux soins médicaux d'urgence <input type="checkbox"/> Révision des médicaments actuels <input type="checkbox"/> Allergies : _____ | <p>Contre-indications absolues (exclure toutes)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Insuffisance surrénalienne chronique <input type="checkbox"/> Porphyrie héréditaire <input type="checkbox"/> Asthme non contrôlé <input type="checkbox"/> Allergie à la mifépristone ou au misoprostol <input type="checkbox"/> Grossesse extra-utérine <input type="checkbox"/> Trouble hémorragiques ou prise actuelle d'anticoagulant <p>Évaluer et gérer les contre-indications relatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Utilisation de corticostéroïdes à long terme <input type="checkbox"/> Anémie avec hémoglobine < 95 g/L <input type="checkbox"/> Dispositif intra-utérin (DIU) en place (n'est pas une contre-indication si retiré) |
|--|--|

3. Évaluation de la grossesse et de l'âge gestationnel

- DDM : ___/___/___
- G : ___ T : ___ P : ___ A : ___ V : ___
- Signes vitaux (si indiqués) : TA ___ FC ___
- Âge gestationnel le ___/___/___ est ___ semaines ___ jours
 - Confirmer cliniquement/antécédents et test de grossesse urinaire
 - Confirmer par échographie
- βhCG effectué ou planifié (voir section 4, Laboratoires)
- βhCG non effectué ou non indiqué
- Grossesse de localisation incertaine (GLI), plan d'exclure une grossesse extra-utérine
- Rendez-vous de suivi prévu ___/___/___ (date)

4. Laboratoires initiaux, provision anti-D, imagerie, si indiqué

- Non Oui**
- ABO RH _____
 - Dépistage des anticorps _____
 - 120 ou 300 µg Rho(D) IG donné
 - Hémoglobine _____
 - βhCG de base _____ IU ___/___/___ (date)
 - Gonorrhée et *Chlamydia trachomatis*
 - Requête pour échographie de datation, Rendez-vous ___/___/___ (date)

5. Distribution du Mifegymiso®

- Réviser les résultats de tous les tests indiqués avec la personne et confirmer que l'on peut procéder
- Prescrire le Mifegymiso® (indiquer sur l'ordonnance la date de « distribution avant » appropriée à l'âge gestationnel)
 - Date prévue pour la mifépristone ___/___/___ (date)
 - Date prévue pour le misoprostol ___/___/___ (date) Si indiqué : date de la 2e dose de misoprostol ___/___/___
- Réviser comment et où prendre les médicaments, le moment
- Réviser la gestion de la douleur et des saignements, et les effets secondaires avec la personne et prescrire des analgésiques _____
- Pour les personnes atteintes d'une grossesse de localisation incertaine (GLI), revoir le plan d'exclure une grossesse extra-utérine, les signes et symptômes, et le plan de soins d'urgence si nécessaire



Fournir des informations écrites/électroniques sur le suivi, quand/où demander des soins d'urgence et qui appeler pour des questions

Autre discussion _____

Signatures lors du rendez-vous initial :

Signature du professionnel de la santé fournissant le counseling :

Date :

Signature du professionnel de la santé prescripteur :

Date :



6. Rendez-vous de suivi

Rendez-vous de suivi (7 à 14 jours après le traitement, ou en option, 3 jours après le traitement avec GLI)

Date : ___/___/___ = _____ jours depuis la mifépristone

- Réviser les dates réelles d'utilisation des médicaments :
 - Date de la prise de la mifépristone : ___/___/___
 - Date de la prise de la 1ère dose du misoprostol : ___/___/___
 - Date de la 2e dose du misoprostol (si pris) : ___/___/___
 - Dépistage des complications (_____)
 - Réviser le plan de contraception : (_____)
- Compléter au moins un des trois tests suivants :
- β hCG sérique
 - β hCG pré-avortement le ___/___/___ résultat _____ IU
 - β hCG post-avortement le ___/___/___ résultat _____ IU
 - Jour 3 (GLI seulement) : β hCG > 50 % de baisse par rapport à la valeur de base au jour 3 après la Mifé → l'avortement est complet
 - Jour 3 (GLI seulement) : β hCG < 50 % de baisse par rapport à la valeur de base au jour 3 après la Mifé → suivi 7 jours après la Mifé
 - Jour 7-14 : β hCG > 80 % de baisse par rapport à la valeur de base au jour 7 après la Mifé → l'avortement est complet
 - Jour 7-14 : β hCG < 80 % de baisse par rapport à la valeur de base au jour 7 après la Mifé → prescrire une échographie
 - Échographie le ___/___/___ (date) résultat _____ (si fait)
 - Test de grossesse urinaire à haute sensibilité
 - Demander à la personne d'effectuer un test de grossesse urinaire à haute sensibilité 4 semaines après avoir pris la dose la plus récente du misoprostol le ___/___/___ (date)
 - Examiner des résultats lors du deuxième rendez-vous de suivi le ___/___/___ (date) = _____ jours depuis la mifépristone
 - Test de grossesse urinaire à haute sensibilité le ___/___/___ résultat _____
 - Négatif → l'avortement est complet
 - Positif → envisager une évaluation par échographie et/ou hCGs sérique s'il y a des signes et des symptômes de rétention de produits de conception, de poursuite de grossesse ou de grossesse extra-utérine → demander à la personne d'effectuer un test de grossesse urinaire qualitatif 5 semaines après avoir pris la dernière dose du misoprostol le ___/___/___ (date)

Signature du professionnel de la santé effectuant le suivi :

Date :

Notes