

Formulaire de collecte de données et d'intervention pour l'avortement médical

Nom de la patiente:
Date de naissance:
Carte d'assurance-santé:

Téléphone:
Âge:
No de dossier:

1. Counseling

- Faire les counseling sur les options possibles face à la grossesse
- Discutez des différences entre l'avortement médical et chirurgical
- Expliquez le protocole d'avortement médical
 - Révisez les différentes étapes: échographie, tests de laboratoire, médicaments, rendez-vous de suivi
 - Révisez l'efficacité, les effets secondaires et les complications potentielles
- Contraception post avortement: _____ date de début: ____ / ____ / ____

2. Admissibilité à un avortement médical

Confirmez les critères d'éligibilité

- Exprime une décision claire d'avoir un avortement
- Pas d'évidence de subir de la pression pour avoir un avortement
- Processus de consentement éclairé complété
- Comprend les effets secondaires attendus (saignement, crampes)
- Accepte de se conformer au calendrier des visites
- Accepte d'avoir un avortement chirurgical en cas de poursuite de la grossesse
- Comprend quand et où consulter pour obtenir de l'aide d'urgence en cas de complications
- A accès à un téléphone, du transport et des soins médicaux d'urgence
- Révision de la médication actuelle
- Allergies: _____

Contre-indications absolues (il faut toutes les exclure):

- Insuffisance surrénalienne chronique
- Porphyrie héréditaire
- Asthme non contrôlé
- Allergie à la mifépristone ou au misoprostol
- Grossesse extra-utérine
- Trouble de la coagulation ou traitement anticoagulant en cours

Vérifier et prendre en charge les contre-indications relatives:

- Localisation de la grossesse ou âge gestationnel non confirmé
- Utilisation de corticostéroïdes à long terme
- Anémie avec hémoglobine <95 g/L
- Dispositif intra-utérin (DIU) en place (n'est plus une contre-indication si le dispositif est retiré)

3. Examen physique, âge gestationnel, localisation de la grossesse

- DDM: ____ / ____ / ____ (date)
- G: ____ P: ____ A: ____ Fausse-couche: ____
- Signes vitaux: TA ____, RC ____
- Âge gestationnel en date d'aujourd'hui: ____ / ____ / ____ est: ____ semaines ____ jours
 - confirmé cliniquement et avec un test de grossesse urinaire
 - confirmé par échographie
- β hCG fait ou prévu (voir section 4, tests de laboratoire)
- β hCG non fait
- Rendez-vous de suivi prévu ____ / ____ / ____ (date)

4. Tests de laboratoire et imagerie de base

Tests de laboratoire terminés / résultats:

- ABO RH ____
 - Dépistage des anticorps ____
 - 120 ou 300 μ g Rho(D) IG donné
 - Hémoglobine ____
 - Taux de base de β hCG ____ IU le ____ / ____ / ____ (date)
 - Gonorrhée et Chlamydia
- ### Imagerie
- Requête pour échographie de datation, rendez-vous le ____ / ____ / ____ (date)

5. Distribution du Mifegymiso®

- Vérifiez les résultats d'échographie et les tests de laboratoire avec la personne et confirmez que l'on peut procéder
- Prescrire le Mifegymiso® (indiquez sur la prescription « remettre avant la date x », la date x étant la limite acceptée pour procéder à un avortement médical selon l'âge gestationnel de la patiente)
 - Date prévue pour la mifépristone ____ / ____ / ____ (date)
 - Date prévue pour le misoprostol ____ / ____ / ____ (date)
- Revoir comment et où prendre la médication ainsi que le moment
- Revoir avec la personne comment prendre en charge la douleur, les saignements et les effets secondaires et prescrire un analgésique
- Fournir des informations écrites sur le suivi, quand et où consulter pour des soins d'urgence, et qui appeler pour des questions
- Autres sujets de discussion _____

Signatures lors du rendez-vous initial:

Signature du professionnel de la santé fournissant des conseils:

Date:

Signature du professionnel de la santé rédigeant l'ordonnance:

Date:

6. Rendez-vous de suivi (7-14 jours après la mifépristone)

Date: ____ / ____ / ____ = ____ jours depuis mifépristone

- Vérifiez les dates auxquelles les médicaments ont été pris:
- Date à laquelle la mifépristone a été prise: ____ / ____ / ____
 - Date à laquelle le misoprostol a été pris: ____ / ____ / ____
- Vérifiez le niveau de:
- β hCG avant l'avortement ____ / ____ / ____; résultat ____ UI
 - β hCG après l'avortement ____ / ____ / ____; résultat ____ UI
 - Baisse >50% du taux de β hCG trois jours après l'administration de mifépristone par rapport aux valeurs initiales
→ arrêt de grossesse réussi
 - Baisse >80% du taux de β hCG sept jours après l'administration de mifépristone par rapport aux valeurs initiales
→ arrêt de grossesse réussi
 - Baisse <80% du taux de β hCG sept jours après l'administration de mifépristone par rapport aux valeurs initiales
→ demandez une échographie
- Résultat de l'échographie ____ / ____ / ____ (date): _____ (si c'est fait)
- Vérifiez la survenue de complications _____
- Revoquez la contraception choisie post-avortement : _____

Signatures lors du rendez-vous de suivi:

Signature du professionnel de la santé effectuant le rendez-vous de suivi:

Date:

RemarquesRéférence: Costescu D, Guilbert E, Bernardin J, Black A, Dunn S, Fitzsimmons B, et al. Medical abortion. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016;38(4):366–89.