

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

Direction des Affaires Sanitaires et Sociales
de Nouvelle-Calédonie

BULLETIN STATISTIQUE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Cachet de l'établissement

A remplir obligatoirement par le médecin qui pratique une interruption volontaire de grossesse en application de la délibération n°185 du 9 janvier 2012. Ce bulletin ne sera utilisé qu'à des fins de santé publique et de statistique. Il doit être adressé au médecin inspecteur de la santé dans le mois suivant l'intervention, DASS-NC, 5 rue Gallieni - BP N4 - 98851 Nouméa cedex.

LIEU DE L'ACTE MEDICAL

Établissement hospitalier public Établissement hospitalier privé Établissement de santé provincial

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Année de naissance

Lieu de naissance
NC Métropole Outre-mer français autre

Province de domicile Iles Nord Sud

Appartenance culturelle
européenne mélanésienne indonésienne
ni vanuataise pol./tahitienne asiatique
wall./futunien métis/autre

Situation de famille
vit seule vit en couple autre précisez :

Couverture sociale
Cafat seule Cafat + Mutuelle
Cafat + AMG AMG seule
Autre précisez :

Situation professionnelle de la femme
En activité Sans activité
Recherche d'emploi Scolaire/étudiante

Situation professionnelle du conjoint / compagnon
En activité Sans activité
Recherche d'emploi Scolaire/étudiant

ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

Gestité :

Parité :

Nombre d'IVG antérieures :

SITUATION CONTRACEPTIVE LORS DE LA CONCEPTION

Contraception	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, méthode utilisée :		
Contraception orale	<input type="checkbox"/>	
Dispositif intra-utérin	<input type="checkbox"/>	
Implant	<input type="checkbox"/>	
Préservatif	<input type="checkbox"/>	
Méthode naturelle	<input type="checkbox"/>	
Autre (Préciser)	<input type="checkbox"/>

Connaissance de la contraception d'urgence
Oui Non

INFORMATIONS MEDICALES (à remplir par le médecin)

Date du début des dernières règles/...../.....

Date de 1ère consultation médicale/...../.....

Entretien social oui non

Date de confirmation et de 2ème consultation médicale/...../.....

Date de l'intervention/...../.....

Durée de gestation au moment de l'acte
(en semaines d'aménorrhée)

Nom et signature du médecin:

Technique employée (Cocher une ou plusieurs cases)

Chirurgicale avec anesthésie locale

Chirurgicale avec anesthésie générale

Médicamenteuse

Hospitalisation

Pas d'hospitalisation

Mise en observation (IVG médicamenteuse)

Hospitalisation de jour

Hospitalisation complète

Complications oui non

Précisez.....
.....

Si oui, y a-t-il eu un transfert? oui non