

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