Conformément à la loi, ce bulletin est ANONYME

REPUBLIQUE FRANCAISE
MINISTERE DE LA SANTE

CERFA n° 61-2096

BULLETIN STATISTIQUE D'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE LA GROSSESSE

(à remplir pour toute interruption volontaire de grossesse y compris pour motif thérapeutique, en application des articles 4 et 16 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975, relative à l'interruption volontaire de la grossesse)

	Ne rien écrire dans cette colonne
A. Partie à remplir par l'établissement	
1. Nom et adresse complète (ou cachet de l'établissement où est pratiquée l'intervention :	DE CE
2. Statut de l'établissement (*mettre une croix dans la case qui convient*) 1 ☐ Public 2 ☐ Privé à but non lucratif 3 ☐ Privé à but lucratif	SE

B. Partie à remplir par l'intéressée	
1. Année de naissance : 19	ANF
2. Département de naissance (ou TOM, ou pays pour l'étranger)	DPNF
3. Situation de famille (*mettre une croix dans la case qui convient*) 1 ☐ Célibataire 3 ☐ Séparée de fait 5 ☐ Divorcée 2 ☐ Mariée 4 ☐ Séparée de corps 6 ☐ Veuve	M
4. Lieu de résidence (commune et département, TOM ou pays) :	DRF CRF
5. Nationalité actuelle :	NF
6. Profession exercée actuellement ..... Exercez-vous cette profession comme salariée ? (*mettre une croix dans la case qui convient*) 1 ☐ oui 2 ☐ non	PF SF
7. Si vous êtes mariée : 7a. Année de votre mariage : 19 ..... 7b. Lieu de votre mariage (*mettre une croix dans la case qui convient*) ..... 1 ☐ Département métropolitain 2 ☐ DOM, TOM 3 ☐ Pays étranger	AM LM
7c. Profession de votre mari : ..... Exerce-t-il cette profession comme salarié ? (*mettre une croix dans la case qui convient*) ..... 1 ☐ oui 2 ☐ non	PM SM

C. Partie à remplir par le médecin

Ne rien écrire dans cette colonne

1. La femme a-t-elle eu d'autres grossesses ? (*mettre une croix dans la case qui convient*)

1 ☐ oui 2 ☐ non — GA

1a. Si oui, indiquer, pour chaque grossesse, **antérieure à la présente, l'issue** (*en mettant une croix dans celle des 4 colonnes qui convient*) ainsi que **l'année de l'issue**, dans le tableau ci-après :

Nota : *En cas d'accouchement multiple remplir le tableau comme s'il s'agissait de grossesses distinctes. Si plus de 10 grossesses, utiliser un 2e (éventuellement un 3e) imprimé numéroté 2 (éventuellement 3) le premier étant numéroté 1, et agrafer ces imprimés.*

Issue				Année de l'issue	NGA
Avortement provoqué	Avortement spontané	Mort-né	Naissance vivante		
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	19..	
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	19..	
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	19..	
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	19..	
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	19..	
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	19..	
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	19..	
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	19..	
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	19..	
1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	19..	NI AI

2. Préciser le mois de l'issue de la dernière grossesse précédant l'interruption (*l'année est, bien entendu, mentionnée dans le tableau ci-dessus*) ..... — MI

3. Date du début des dernières règles : ..... — DDR

3a. En cas d'imprécision, durée de la gestation en semaines depuis la fécondation probable ..... — DG

4. Date de l'intervention (jour, mois, année) : ..... — DIN

5. En cas d'interruption volontaire de grossesse pour motif thérapeutique, motif :

1 ☐ Risque pour la femme 2 ☐ Risque pour l'enfant à naître — R

6. Techniques employées (*mettre une croix dans* **chacune** *des cases qui convient*)

1 ☐ Mini aspiration à la seringue
2 ☐ Aspiration
3 ☐ Dilatation
4 ☐ Curetage
5 ☐ Injection intra utérine
6 ☐ Déclenchement médicamenteux
7 ☐ Hystérotomie
9 ☐ Autre méthode : Préciser : .....

— TA

6a. Complications immédiates : 1 ☐ oui 2 ☐ non — CI
↳ si oui préciser .....

6b. Anesthésie ? (*mettre une croix dans la case qui convient*) — A

1 ☐ non 2 ☐ oui, locale 3 ☐ oui, générale

Ce bulletin anonyme ne sera utilisé qu'à des fins de santé publique et de statistique. Il doit être adressé par l'établissement au médecin inspecteur régional de la santé entre le 1er et le 8e jour suivant l'intervention.

Nom et adresse (ou cachet) du médecin

.....

Signature du Médecin

IMPRIMERIE LOUIS JEAN - 05002 GAP