

Annexe III

FICHE DE SUIVIS à remplir par le médecin prescripteur de Misoprostol dans le cadre de la RTU sur la prise en charge de l'IMG et de la MIU au-delà de 14 SA et à renvoyer par mail au RTUmisoprostol@appel24.fr.

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

N° patient* : |__|__|__|__|__| Initiales : (nom) |__|__|__|
(prénom) |__|__|

Mois et année de naissance : __ / ____

Date de la visite __ / __ / ____

*Le numéro patient, attribué automatiquement par le système, permettra d'identifier votre patiente tout au long de la RTU misoprostol

CARACTERISTIQUES

Age gestationnel à l'entrée dans le protocole de RTU : SA

Patiente nullipare Oui Non

Utérus cicatriciel Oui Non

TRAITEMENT PAR MIFEPRISTONE

Date et heure de l'administration : |__|__|/|__|__|/20|__|__| à h

Spécialité administrée :

Dose administrée : |__|__|__| mg.

TRAITEMENT PAR MISOPROSTOL

La posologie initiale du misoprostol et son schéma d'administration tiennent compte du tableau clinique de la patiente

(âge gestationnel, utérus cicatriciel ou non...).

Formulation utilisée : |__| comprimé (s) 200 µg (Gymiso),
|__| comprimé (s) à 400 µg (MisoOne)

Date et heure de la première administration : |__|__|/|__|__|/20|__|__| à h

Dose initiale : µg par voie orale sublinguale buccale

Dose de renouvellement 1 :µg par voie orale sublinguale buccale

Dose de renouvellement 2 : µg par voie orale sublinguale buccale

Dose totale de misoprostol reçue :

SUIVI

Expulsion dans les 24h après la première administration de misoprostol : Oui Non

Délai entre l'induction du travail et l'expulsion : h min

AUTRES MEDICAMENTS RECUS DANS LES 48 HEURES

Spécialité 1 Posologie

Spécialité 2 Posologie

Spécialité 3 Posologie

EFFETS INDESIRABLES

Oui Non

*Si oui, merci de procéder à la déclaration des effets indésirables (cf modalités en annexe V).

*Si oui : ont-ils causé l'arrêt du traitement ? Oui Non

Nom du médecin prescripteur : Spécialité :

Hôpital:

Tél : Fax :

Signature et Date (uniquement si fax):