

## AVORTEMENT PAR MÉDICAMENTS QUESTIONNAIRE DE SUIVI

Installation : CLSC du Marigot

IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER \_\_\_\_\_

NOM À LA NAISSANCE : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_ SEXE :  F  M

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ TÉL. : \_\_\_\_\_

DATE NAISSANCE : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N.A.M. : \_\_\_\_\_ EXP : \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### DEPUIS VOTRE PREMIER RDV

Avez-vous pris les médicaments mifépristone et misoprostol aux dates qui ont été déterminées lors de votre premier rendez-vous ?  oui  non

Si non, à quel moment avez-vous pris (date et heure) :

1<sup>er</sup> médicament (mifépristone) \_\_\_\_\_

2<sup>e</sup> médicament (misoprostol) \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des saignements abondants après avoir pris les médicaments (misoprostol)?  oui  non

Si oui, pendant combien de jours : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous eu des crampes utérines après avoir pris le 2<sup>e</sup> médicament (misoprostol) ?

oui  non

Si oui, la douleur des crampes était-elle :

légère  modérée  sévère

Avez-vous téléphoné au CLSC du Marigot ou consulté un professionnel de la santé après avoir pris la médication ?

oui  non

### AUJOURD'HUI

Avez-vous le sentiment d'être encore enceinte ?  oui  non

Avez-vous les symptômes de grossesse suivants :

Douleur aux seins :  oui  non

Nausées :  oui  non

Grande fatigue :  oui  non

Avez-vous encore des crampes utérines ?  oui  non

Si oui, la douleur est-elle :  légère  modérée  sévère

Avez-vous encore des saignements ?  oui  non

Si oui, comment les décririez-vous ?

légers  modérés  abondants

### VOTRE EXPÉRIENCE

Comment avez-vous trouvé l'expérience de votre avortement par médicament ?

facile  tolérable  difficile  intolérable

Choisiriez-vous encore cette même méthode d'avortement ?

oui  non

Avez-vous reçu toutes les informations nécessaires avant d'avoir choisi l'avortement médical ?  oui  non

Si non, quelles sont les autres informations qui vous auraient été utiles ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous débuté une contraception ?

non  oui, laquelle : \_\_\_\_\_

quand : \_\_\_\_\_

Avez-vous eu des relations sexuelles après l'avortement médical ?

oui, avec contraception

oui, sans contraception

non

Commentaires ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_