



Evénements indésirables et événements associés aux soins dans le cadre d'une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

QUE FAUT-IL DECLARER ?

Tout événement altérant le vécu, la sécurité médicale et / ou émotionnelle de la femme (difficultés d'accès à l'IVG, jugements, méthode imposée, autres...) dans le but d'évaluer la qualité de la prise en charge de la patiente. Il est nécessaire de répertorier tous les événements associés aux soins.

QUI PEUT DECLARER ?

L'ensemble des acteurs concernés par la qualité de la prise en charge des patientes en demande d'IVG en Guyane : médecins, sages-femmes, infirmiers, professionnels médico-sociaux...

QUEL EST L'OBJECTIF DE LA FICHE ?

Les informations délivrées par l'intermédiaire de ce document sont traitées de manière confidentielle et permettent d'optimiser la prise en charge des femmes en demande d'IVG en définissant des actions d'amélioration.

A QUI ADRESSER CETTE FICHE ?

RESEAU PERINAT GUYANE,

✓ **Par voie postale**

RESEAU PERINAT GUYANE
Maison des réseaux
59 avenue Voltaire
97300 CAYENNE

✓ **Par fax** : 0594 35 54 37

✓ **Par mail** : reseauperinatguyane@gmail.com



Fiche d'événement indésirable lié à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

DATE DE LA DECLARATION :

ORIGINE DE LA DECLARATION		
Nom ou tampon du déclarant : <i>(possibilité de garder votre anonymat)</i>		
Fonction : _____ Structure : _____		
Autre(s) acteur(s) impliqué(s) :		
LA PERSONNE CONCERNEE		
Age :	<input type="checkbox"/> Moins de 18ans <input type="checkbox"/> 18-25ans <input type="checkbox"/> 25-40ans <input type="checkbox"/> Plus de 40ans	
Terme de la grossesse (SA) :		
Méthode de l'IVG	<input type="checkbox"/> Médicamenteuse <input type="checkbox"/> Instrumentale	
L'EVENEMENT DECLARE		
Date, heure et lieu de l'événement		
Incident(s) <i>Plusieurs choix possibles :</i>		
<input type="checkbox"/> Accueil	<input type="checkbox"/> Accompagnement de l'équipe	<input type="checkbox"/> Echographie
<input type="checkbox"/> Choix de la méthode	<input type="checkbox"/> Choix du lieu	<input type="checkbox"/> Transport
<input type="checkbox"/> Constitution du dossier	<input type="checkbox"/> Délai de prise en charge	<input type="checkbox"/> Maltraitance
<input type="checkbox"/> Entretien médical	<input type="checkbox"/> Entretien psychosocial	<input type="checkbox"/> Prise en charge financière
<input type="checkbox"/> Organisation de l'établissement	<input type="checkbox"/> Respect de l'anonymat	<input type="checkbox"/> Respect de la confidentialité
<input type="checkbox"/> Prise en charge de complications	<input type="checkbox"/> Prise en charge de mineure	<input type="checkbox"/> Refus de prise en charge
<input type="checkbox"/> Autres		
Description de l'événement :		

EVENEMENTS ASSOCIES AUX SOINS

- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Echec IVG | <input type="checkbox"/> Effets indésirables | <input type="checkbox"/> Décès |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation en réanimation | <input type="checkbox"/> Ré-intervention chirurgicale | <input type="checkbox"/> Risque vital |
| <input type="checkbox"/> Autres | | |

Description :

(Si échec précisez si poursuite de la grossesse)

TRAITEMENT : *(réservé au réseau PERINAT)*

Date de réception :

Document à adresser à :

RESEAU PERINAT GUYANE,
Maison des réseaux
59 avenue Voltaire
97300 CAYENNE
reseaperinatguyane@gmail.com
Tel : 0594 27 16 01