

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE

(version 2005)

Formulaire à envoyer à la Commission d'évaluation relative à l'interruption de grossesse dans les quatre mois qui suivent l'interruption de grossesse (voir verso svp).

Le présent talon est renvoyé comme accusé de réception du formulaire à l'adresse ci-dessous indiquée par le médecin :

Nom du médecin Strue C.P. + localité	Nom + adresse de l'établissement :	Cachet du médecin, date et signature
--	------------------------------------	--------------------------------------

Réservé à la Commission d'évaluation

Date de réception :

Date d'encodage :

N° de référence :

N° de code du médecin

N° de code de l'établissement

Réservé à la Commission d'évaluation

Date de réception :

Date d'encodage :

N° de référence :

N° de code du médecin

N° de code de l'établissement

1. Date : a) demande d'interruption de grossesse : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) 1er entretien avec le service d'information : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> c) interruption de grossesse : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Femme <input type="text"/> <input type="text"/> a) âge : b) état civil : <input type="text"/> 1. non mariée 2. mariée 3. divorcée 4. veuve c) nombre d'enfants mis au monde : <input type="text"/> <input type="text"/> d) domicile : 0. pays si domicile à l'étranger (*) <input type="text"/> <input type="text"/> 1. Anvers 2. Flandre occidentale 3. Flandre orientale 4. Hainaut 5. Liège 6. Limbourg 7. Luxembourg 8. Namur 9. Brabant flamand 10. Brabant wallon 11. région de Bruxelles-Capitale	4. Déclaration faite par la femme concernant : <input type="text"/> <input type="text"/> a) les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées au cours du cycle de la conception : 01. aucune 02. coït interrompu 03. abstinence périodique 04. spermicides 05. diaphragme 06. préservatif 07. pilule 08. injection contraceptive 09. DIU (dispositif intra-utérin) 10. stérilisation homme 11. stérilisation femme 12. stérilisation des deux 13. pilule du lendemain 14. implant 15. patch 16. anneau vaginal 17. méthode N.F.P. 18. autres méthodes : ----- b) cause de l'inefficacité : 1. n'a pas utilisé de méthode contraceptive <input type="text"/> 2. utilisation irrégulière ou incorrecte de la méthode 3. méthode contraceptive a été inefficace malgré une bonne utilisation 4. ne sait pas 5. Méthode appliquée pour interrompre la grossesse : a) méthode d'interruption de grossesse : <input type="text"/> 1. aspiration 2. curetage & dilatation 3. prostaglandine 4. mifépristone 5. mifépristone + curetage 6. autre méthode : ----- b) anesthésie : <input type="text"/> 1. aucune 2. loco-régionale 3. narcose 4. autre : _____ c) durée d'hospitalisation : <input type="text"/> 1. aucune (ambulatoire) 2. hospitalisation : 24 heures ou moins 3. hospitalisation : plus de 24 heures 6. Complications : <input type="text"/> 1. aucune 2. perte de sang estimée de plus de 500 ml 3. perforation 4. déchire du col utérin 5. autres : _____
(*) _____ 3. a) état de détresse invoqué par la femme (voir verso svp) <input type="text"/> <input type="text"/> 1,2 ou 3 numéros de code à remplir <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) si l'interruption de grossesse a été exécutée au-delà du délais de 12 semaines : 1) indication du péril grave que pose la poursuite de la grossesse pour la santé de la femme : ----- 2) affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic, dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance : -----	

Adresse:

SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne
alimentaire et Environnement.

Eurostation II.

Commission Nationale d'Évaluation des
Interruptions de Grossesse.

Bureau 07C 034

Place Victor Horta 40, boîte 10
1060 Bruxelles

Tel. : 02/524.92.57/58 Fax. : 02/524.92.61

Rubrique 3 a)

1, 2 ou 3 numéros de code à remplir

- 00. Problèmes de santé de la femme enceinte
- 01. Problèmes de santé de l'enfant à naître
- 02. Problèmes de santé mentale

- 13. Femme se sent trop jeune
- 14. Femme se sent trop âgée
- 15. Etudiante
- 16. Isolée
- 17. Pas de souhait d'enfant pour le moment
(étalement familial)
- 18. Famille complète

- 20. Problèmes financiers
- 21. Situation professionnelle
- 22. Situation de logement

- 30. Relation récemment rompue
- 31. Partenaire n'accepte pas la grossesse
- 32. Relation occasionnelle
- 33. Relation trop récente
- 34. Relation hors mariage
- 35. Problèmes de couple
- 36. Problèmes relationnels avec l'entourage
- 37. Problèmes juridiques liés au divorce

- 40. Viol
- 41. Inceste

- 50. Etrangère en situation administrative
Précaire

- 99. Autre, à préciser