



FICHE DE DÉCLARATION À L'ARS

Evénement indésirable lié à l'accès à une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Qui peut déclarer?

Femmes, conjoints, accompagnants, parents, entourage, professionnels médicosocio-éducatifs, ligne contraception/IVG... tous les témoins concernés par l'accès aux Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) en Nouvelle-Aquitaine.

Qu'est ce qu'on déclare?

Tout événement **passé** altérant le vécu, la sécurité médicale et/ou émotionnelle de la femme (difficultés d'accès à l'IVG, jugements moraux, choix de la technique imposé... cf. liste des problèmes).

Cette fiche de déclaration n'est pas valable pour les événements urgents. Les événements associés aux soins de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique qui ont un caractère certain de gravité telle qu'une hospitalisation en réanimation, une réintervention chirurgicale, un risque vital ou un décès, doivent être signalés immédiatement au Point focal régional (0 809 400 004) et font l'objet d'une procédure particulière.

Pour toute demande relative notamment aux lieux de prise en charge, contactez le numéro national anonyme et gratuit « Sexualités-contraception-IVG » :

0800 08 11 11

Comment?

Renvoyer cette fiche remplie au Point focal régional de l'ARS Nouvelle-Aquitaine (qui réceptionne tous les signalements).

Et après?

Afin d'améliorer la prise en charge de l'IVG en Nouvelle-Aquitaine, l'ARS analysera de manière confidentielle et anonyme ces déclarations.

Après synthèse, l'ARS et le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine travailleront conjointement pour améliorer la qualité de cette prise en charge.

En fonction de la gravité, de la répétition des signalements... l'ARS pourra intervenir directement auprès des établissements/professionnels.



ou par voie postale:

Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine Point focal régional 103 bis rue Belleville - CS 91704 33063 BORDEAUX CEDEX

Fiche à adresser dans les meilleurs délais à l'ARS Nouvelle-Aquitaine - Point focal régional : (voir coordonnées au recto)

Le déclarant (personne directement concernée, proche, professionnel)
Etes-vous la personne directement concernée par cet événement ? Oui Non
Si vous n'êtes pas la personne concernée, quel est votre lien avec elle ?
Souhaitez-vous rester anonyme ? Oui Non
Si non, veuillez indiquer vos coordonnées pour que l'on puisse vous recontacter et vous faire part des suites données à votre déclaration.
Nom – Prénom :
Téléphone : Mail :

Si vous êtes un professionnel, veuillez indiquer
Qualité / Fonction :
Nom de la structure
Service(s) dans lequel vous travaillez:
Adresse :
Code postal : Ville :

Description de la personne concernée

Tranche d'âge:

Moins de 18 ans 18-25 ans

25-40 ans Plus de 40 ans

Nombre de semaines :

de grossesse (SG) d'aménorrhée (SA)

Ouand?

au moment de la demande au moment de l'IVG

Il s'agit d'une IVG:

médicamenteuse avec hospitalisation médicamenteuse hors établissement de santé aspiration chirurgicale sous anesthésie locale aspiration chirurgicale sous anesthésie générale ne connaît pas le type de méthode

Code postal du lieu de résidence de la personne concernée :

Nature de l'événement déclaré et déroulement des faits Date et heure de l'événement : Lieu de l'événement : Code postal du lieu de l'événement : Accueil: téléphonique, physique, administratif, soignant Accompagnement de l'équipe Choix de la méthode Choix du lieu Constitution du dossier Coordination des structures Délai de prise en charge Entretien médical Entretien psychosocial Problème(s) Maltraitance Organisation de l'établissement Prise en charge de complications Prise en charge de mineure Vous pouvez cocher Prise en charge financière plusieurs cases Problème lié à l'échographie Refus de prise en charge Respect de l'anonymat Respect de la confidentialité Transport/éloignement géographique Autre: Décrivez nous le(s) problème(s) rencontré(s):

Nous vous remercions de ces informations qui nous aideront à améliorer la prise en charge de l'Interruption Volontaire de Grossesse dans notre région.