Annexe II : Fiche de suivi à remplir par le médecin prescripteur
Recommandation Temporaire d'Utilisation
(Misoprostol dans l'interruption médicale de grossesse et la mort fœtale *in utero* au-delà de 14 SA)

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 : _____ µg

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) : _____ ___/___/_____

Merci de retourner la fiche à : RTUmisoprostol@appel24.fr