

Formulaire (original) à envoyer à la Commission nationale d'Evaluation relative à l'Interruption de Grossesse dans les quatre mois suivant l'interruption de grossesse (voir verso svp.)

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

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

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date d'encodage :

N° de référence :

Date de réception :

N° de code du médecin :

N° de code de l'établissement :

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date d'encodage :

N° de référence :

Date de réception :

N° de code du médecin :

N° de code de l'établissement :

1) Date

a) demande d'interruption de grossesse :

b) 1er entretien avec le service d'information :

c) interruption de grossesse :

d) nombre de semaines d'aménorrhée corrigé par échographie au moment de l'interruption de grossesse :

2) Femme

a) âge :

b) état civil :

- |                |                       |                      |
|----------------|-----------------------|----------------------|
| 1. célibataire | 4. veuve              | <input type="text"/> |
| 2. mariée      | 5. cohabitante légale | <input type="text"/> |
| 3. divorcée    |                       |                      |

c) situation de vie / de fait :

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| 1. femme vivant seule     | <input type="text"/> |
| 2. femme vivant en couple | <input type="text"/> |
| 3. autre : _____          |                      |

d) 1. nombre d'enfant(s) :

2. nombre d'enfant(s) dont la femme prend soin :

e) domicile :

- |  |   |
|--|---|
| 1. en Belgique, remplir le code postal : | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 2. à l'étranger, remplir le code 00 :    | <input type="text"/> <input type="text"/>   |
| + pays : _____                           |   |
| 3. sans domicile fixe                    | <input type="text"/>  |
| 4. sans autorisation de séjour           | <input type="text"/>  |
| 5. autre : _____                         | <input type="text"/>  |

f) pays de naissance de la femme : \_\_\_\_\_

g) nationalité : \_\_\_\_\_

3) a) Raisons évoquées et / ou observées pour l'interruption de

grossesse (vous pouvez indiquer 3 codes max.) (voir verso svp) :

si code 99, à préciser : \_\_\_\_\_

b) Si l'interruption de grossesse a été exécutée au-delà du délai de 14 semaines d'aménorrhée :

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 : \_\_\_\_\_

3) quelle méthode a-t-elle été utilisée pour interrompre cette grossesse : \_\_\_\_\_

4) Déclaration faite par la femme concernant

a) la contraception : avez-vous utilisé une méthode contraceptive ?

Non :

- |   |   |
|---|---|
| 01. aucune sans désir de grossesse          | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 02. aucune avec désir de grossesse          |   |
| 03. aucune pour stérilité supposée          |   |
| 04. aucune en raison du refus du partenaire |   |
| 05. aucune, autre : _____                   |   |

Oui, laquelle : (vous pouvez indiquer 3 codes max.)

- |  |  |
|--|--|
| 06. coït interrompu                    | 16. stérilisation femme  |
| 07. abstinence périodique (calendrier) | 17. stérilisation homme et femme                                   |
| 08. spermicides                        | 18. pilule d'urgence   |
| 09. diaphragme                         | 19. implant  |
| 10. préservatif                        | 20. patch  |
| 11. pilule                             | 21. anneau vaginal   |
| 12. injection contraceptive            | 22. méthode de planification familiale naturelle : symptothermique |
| 13. stérilet au cuivre                 | 23. application électronique ou digitale                           |
| 14. stérilet hormonal                  | 24. autre : _____  |
| 15. stérilisation homme                |  |

b) cause de la grossesse :

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1. n'a pas utilisé de contraception (cas 01 à 05)            | <input type="text"/> |
| 2. utilisation irrégulière ou incorrecte de la contraception |                      |
| 3. contraception inefficace malgré une bonne utilisation     |                      |
| 4. ne sait pas   |                      |

5) Méthode appliquée pour interrompre la grossesse :

a) méthode d'interruption de grossesse :

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| 1. méthode médicamenteuse | <input type="text"/> |
| 2. méthode chirurgicale   |                      |
| 3. autre : _____          |                      |

b) anesthésie :

- |  |                      |
|--|----------------------|
| 1. aucune  | <input type="text"/> |
| 2. anesthésie locale   |                      |
| 3. anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie) |                      |
| 4. anesthésie générale                                       |                      |
| 5. autre : _____   |                      |

c) Durée d'hospitalisation :

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. aucune (ambulatoire)                 | <input type="text"/> |
| 2. hospitalisation : 24 heures ou moins |                      |
| 3. hospitalisation : plus de 24 heures  |                      |

6) Complications médicales immédiates :

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. aucune                                 | <input type="text"/> |
| 2. perte de sang estimée à plus de 500 ml |                      |
| 3. perforation                            |                      |
| 4. déchirure du col utérin                |                      |
| 5. autre : _____                          |                      |

7) La femme donne-t-elle son accord pour l'envoi d'un rapport médical au médecin traitant ?

- |        |        |
|--------|--------|
| 1. oui | 2. non |
|--------|--------|

**A la rubrique 3 a), remplir 1, 2 ou 3 numéros de code**

**Donner les raisons de l'interruption de grossesse n'est plus une condition exigée par la loi**

*Raisons personnelles*

- 00 La femme se sent trop jeune
- 01 La femme se sent trop âgée
- 02 La femme est isolée
- 03 La femme n'a pas de souhait d'enfant
- 04 La grossesse n'est pas souhaitée
- 05 La femme souhaite ne jamais avoir d'enfant
- 06 La famille est complète
- 07 Le sexe du fœtus

*Raisons familiales ou relationnelles*

- 10 Relation récemment rompue
- 11 Le partenaire ne souhaite pas la grossesse
- 12 Relation occasionnelle
- 13 Relation trop récente
- 14 Relation hors couple
- 15 Problèmes de couple
- 16 Problèmes de relation avec l'entourage
- 17 Problèmes juridiques liés au divorce
- 18 Interdit culturel

*Raisons financières ou matérielles*

- 20. Problèmes financiers
- 21. Situation professionnelle : crainte de perdre son emploi
- 22. Situation professionnelle : plan de carrière
- 23. Problèmes de logement
- 24. Etudiante

*Raisons liées aux contraintes ou à la violence*

- 30. Viol
- 31. Inceste
- 32. Violence du partenaire
- 33. Pression de la famille
- 34. Coercition à la maternité

*Raisons liées à des convictions idéologiques ou philosophiques*

- 40. Ecologie
- 41. Démographie mondiale (surpopulation)
- 42. Raisons religieuses
- 43. Autre, à préciser

*Raisons de santé*

- 50. Problèmes de santé physique de la femme enceinte
- 51. Problèmes de santé du fœtus
- 52. Problèmes de santé futurs de l'enfant
- 53. Crainte pour la santé du fœtus
- 54. Problèmes de santé mentale de la femme enceinte
- 55. Graves problèmes de santé d'un membre de la famille

*Autres raisons*

- 60. Situation administrative précaire
- 99. Autre, à préciser