**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

**INDICATION**

Interruption médicale de grossesse (IMG) [ ]  Mort fœtale *in utero*(MFIU) [ ]

**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**