



**Formulaire événement indésirable lié à une
Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)**

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 :

Adresse mail :

Si vous êtes un professionnel, veuillez indiquer

Qualité / Fonction :

Nom de la structure :

Service(s) dans lequel vous travaillez :

Adresse :

Code postal :

Ville :

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 :

- Problème(s)
Vous pouvez cocher
plusieurs cases
- 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
 - Maltraitance
 - Organisation de l'établissement
 - Prise en charge de complications
 - Prise en charge de mineure
 - Prise en charge financière
 - 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) :

Fiche à retourner par courrier : PLEIRAA, Hôpital Couple Enfant, Quai Yermoloff, 38700 LA TRONCHE
ou pour les professionnels de santé, via monsisra : reseaupleiraa@chu-grenoble.aura.mssante.fr

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