



Statistique suisse des interruptions de grossesse

Formulaire de rapport

Lieu où est pratiquée l'interruption de grossesse

Nom de la clinique ou du cabinet, avec indication du lieu ou tampon _____

Hôpital public

Clinique privée

Cabinet médical

1 Année de naissance de la femme

Année:

Moins de 16 ans

2 Domicile de la femme

Canton:

Région:
Voir aide-mémoire

Étranger

3 Semaine de grossesse lors de l'interruption

SG:
p.ex. 9 3/7 = 10^e SG

Déterminée par échographie
Calculée à partir du 1^{er} jour des dernières règles

Oui
 Oui

Non
 Non

4 Date de l'interruption de grossesse ou début de prise de médicaments

Date: (JJ.MM.AAAA)

5 Méthode utilisée pour l'interruption

Médicamenteuse

Chirurgicale

Les deux

6a. Prise en charge de l'interruption de grossesse

Ambulatoire

Hospitalisation (> 24h)

Inconnu

6b. A remplir uniquement en cas de méthode médicamenteuse : Lieu de prise de médicaments

- Prise de tous les médicaments liés à l'interruption dans un établissement médical
 1^{er} médicament (Mifépristone) pris dans un établissement médical et prise du 2^{ème} médicament à domicile (Misoprostol)
 Prise de tous les médicaments à domicile
 Inconnu

7. Raison de l'interruption de grossesse Indication obligatoire à partir de la 13^e SG (plusieurs réponses possibles)

- Somatique, diagnostic médical: Fœtus
 Somatique, diagnostic médical: Femme
 Indication psychiatrique
 Raisons en lien avec le partenaire ou le couple
 Raisons psycho-sociales
 Raisons financières
 Rapport sexuel sous la contrainte ou viol
 Raison inconnue

8. Nombre d'interruptions de grossesse effectuées jusqu'ici

0-aucune

1

2

3

4 ou plus

Inconnu

9. Méthode de contraception utilisée à l'époque de la conception (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pilule/Minipilule | <input type="checkbox"/> Préservatif |
| <input type="checkbox"/> Patch de contraception | <input type="checkbox"/> Préservatif féminin (Femidom) |
| <input type="checkbox"/> Injection trimestrielle | <input type="checkbox"/> Spermicide |
| <input type="checkbox"/> Implant sous-cutané | <input type="checkbox"/> Anneau vaginal |
| <input type="checkbox"/> Stérilet hormonal | <input type="checkbox"/> Coït interrompu |
| <input type="checkbox"/> Stérilet en cuivre / chaîne en cuivre | <input type="checkbox"/> Contraception d'urgence |
| <input type="checkbox"/> Diaphragme / cape cervicale | <input type="checkbox"/> Autre méthode |
| <input type="checkbox"/> Stérilisation de la femme (ligature des trompes, etc.) | <input type="checkbox"/> Aucune méthode |
| <input type="checkbox"/> Stérilisation de l'homme (vasectomie, etc.) | <input type="checkbox"/> Méthode inconnue |
| <input type="checkbox"/> Contraception naturelle (prise de température, observation des muqueuses, appli de contraception, calendrier, etc.) | |

10a. Nationalité de la femme (indiquer le pays)

Nationalité

Autre Nationalité

10b. Autorisation de résidence : A remplir en cas de Nationalité Non-Suisse

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Titulaire d'une autorisation de séjour B | <input type="checkbox"/> Frontalière admise provisoirement G | <input type="checkbox"/> Personne à protéger S |
| <input type="checkbox"/> Titulaire d'une autorisation d'établissement C | <input type="checkbox"/> Autorisation de séjour de courte durée L | <input type="checkbox"/> Autorisation de résidence non-attribuée (Sans-papiers) |
| <input type="checkbox"/> Admise provisoirement F | <input type="checkbox"/> Requérante d'asile N | <input type="checkbox"/> Inconnu |

11. Etat civil

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Divorcée |
| <input type="checkbox"/> Mariée | <input type="checkbox"/> Liée par un partenariat enregistré |
| <input type="checkbox"/> Veuve | <input type="checkbox"/> Partenariat dissous |
| | <input type="checkbox"/> Inconnu |

12. Type de ménage

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ménage d'une personne | <input type="checkbox"/> Vit avec les parent(s) ou un parent |
| <input type="checkbox"/> Ménage monoparental avec enfant(s) vivant dans le ménage | <input type="checkbox"/> Ménage non familial p.ex. en colocation |
| <input type="checkbox"/> Couple sans enfant vivant dans le ménage | <input type="checkbox"/> Vit dans un foyer, une institution |
| <input type="checkbox"/> Couple avec enfant(s) vivant dans le ménage | <input type="checkbox"/> Inconnu |

13a. Nombre d'enfants

- 0-aucun 1 2 3 4 ou plus Inconnu

13b. Date du dernier accouchement (si un ou plusieurs enfants)

Date: Mois (MM)-Année(AAAA)

14. Activité principale actuelle

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Activité professionnelle | <input type="checkbox"/> Au foyer |
| <input type="checkbox"/> À la recherche d'un emploi (inscrite au chômage ou non) | <input type="checkbox"/> Invalide ou partiellement invalide (rente AI) |
| <input type="checkbox"/> En formation | <input type="checkbox"/> Autre statut sans activité professionnelle |
| | <input type="checkbox"/> Inconnu |

15. Formation achevée la plus élevée

- Aucune, ou jusqu'à maximum 7 ans d'école obligatoire
- École obligatoire
- Formation professionnelle élémentaire (apprentissage, école de commerce, école des métiers) ou 2-3 ans d'école de degré diplôme
- Maturité gymnasiale, école normale, maturité professionnelle ou spécialisée, formation professionnelle supérieure
- Haute école spécialisée (HES), Université, EPF
- Inconnu

Date:

Signature: _____

Veuillez SVP envoyer le formulaire à votre médecin cantonal/e.

Vous trouverez son adresse dans l'aide-mémoire de votre canton sur le site internet <http://interruptio.bfs.admin.ch>