

Qui peut déclarer ?

Femmes, conjoints, accompagnants/parents, entourage, professionnels médico-socio-éducatifs, ligne contraception/IVG...

Tous les témoins concernés par la qualité de la prise en charge des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) en Aquitaine.

Qu'est-ce qu'on déclare ?

Tout évènement passé altérant le vécu, la sécurité médicale et/ou émotionnelle de la femme (difficultés d'accès à l'IVG, jugement moraux, choix de la technique imposé...cf. liste des problèmes).

Pour toute demande relative notamment aux lieux de prise en charge, contactez la Ligne contraception –IVG au **0 810 400 170**.

Les évènements associés aux soins de prévention, de diagnostic ou de thérapeutique qui ont un caractère certain de gravité telle : **une hospitalisation en réanimation, une réintervention chirurgicale, un risque vital ou un décès**, doivent être **signalés immédiatement au Point Focal Régional (05.57.01.47.90)** et font l'objet d'une procédure particulière.

Pourquoi ?

Afin d'améliorer la prise en charge de l'IVG en Aquitaine, l'ARS analysera de manière confidentielle et anonyme ces déclarations.

Après synthèse, l'ARS et le Réseau Périnatal Aquitaine travailleront conjointement pour améliorer la qualité de cette prise en charge.

En fonction de la gravité, de la répétition des signalements, ...l'ARS pourra intervenir directement auprès des établissements/professionnels.

Comment ?

Renvoyer cette fiche remplie au Point focal régional de l'ARS Aquitaine (qui réceptionne tous les signalements)



Signaler, alerter

Point focal

Plateforme régionale de veille
et d'urgences sanitaires

24h/24

05 57 01 47 90

@ ars33-alerte@ars.sante.fr

05 67 76 70 12

Aquitaine

ARS Agence Régionale de Santé Aquitaine

InVS INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

Ou par voie postale :

Agence Régionale de Santé
d'Aquitaine
Point Focal Régional
103 bis rue Belleville
33 063 BORDEAUX CEDEX

En cas de déclaration anonyme, préférer l'envoi par voie postale.

Dans ce cas aucun retour ne pourra être fait sur les mesures prises à l'issue du signalement.

FICHE A ADRESSER DANS LES MEILLEURS DELAIS AU POINT FOCAL REGIONAL :



Ou par voie postale :

Agence Régionale de Santé
d'Aquitaine
Point Focal Régional
103 bis rue Belleville
33 063 BORDEAUX CEDEX

DATE ET HEURE DE LA DECLARATION :

LE DECLARANT (personne directement concernée, proche, professionnel, ...)	
Etes-vous la personne directement concernée par cet évènement ?	Oui ☐ Non ☐
Si vous n'êtes pas la personne concernée, quel est votre lien avec elle ?	
Souhaitez-vous rester anonyme ? Oui ☐ Non ☐	
<i>Si non, veuillez indiquer vos coordonnées pour que l'on puisse vous recontacter et vous faire part des suites données à votre déclaration.</i>	
Nom – Prénom :	
Téléphone :	Mail :

SI VOUS ETES UN PROFESSIONNEL, VEUILLEZ INDIQUER	
Qualité / Fonction :	
Nom de la structure :	
Service(s) concerné(s) :	
Adresse :	
Code postal :	Ville :

DESCRIPTION DE LA PERSONNE CONCERNEE	
Tranche d'âge :	☐ Moins de 18ans ☐ 18-25ans ☐ 25-40ans ☐ Plus de 40ans
Nombre de semaines :	☐ de grossesse (SG) ☐ d'aménorrhée (SA) Quand ? ☐ au moment de la demande ☐ au moment de l'IVG
Il s'agit d'une IVG :	
☐ Médicamenteuse avec hospitalisation	☐ Aspiration chirurgicale sous anesthésie locale
☐ Médicamenteuse hors établissement de santé	☐ Aspiration chirurgicale sous anesthésie générale
☐ Ne connaît pas le type de méthode	
Code postal du lieu de résidence de la personne concernée :	

NATURE DE L'ÉVÈNEMENT DECLARE ET DEROULEMENT DES FAITS

Date et heure de l'évènement :

Lieu de l'évènement :

Code postal du lieu de l'évènement :

Problème(s)

*vous pouvez cocher
une ou 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):

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