

---

### FICHE DE LIAISON MÉDECIN – SAGE-FEMME / ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

---

#### **I. Règles concernant la transmission des fiches de liaison**

La signature d'une convention entre un établissement de santé et un médecin ou la sage-femme de ville ou un centre de planification ou un centre de santé s'accompagne d'une mise au point des modalités concrètes de transmission des fiches de liaison, permettant de garantir le respect du secret médical pour tous les actes réalisés.

La transmission des fiches suivra les règles générales préconisées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), s'agissant de la transmission de données médicales nominatives. Ainsi, l'utilisation d'un fax sera assortie de la mise en place de mesures spécifiques (situation du fax dans un local réservé au personnel médical et paramédical, impression des messages subordonnée à l'introduction d'un code d'accès...). Par ailleurs, ces documents identifieront clairement le nom du service ou du praticien destinataire qui auront été mentionnés sur la fiche de liaison.

#### **II. Modèle de fiche**

Un exemplaire est remis à la patiente.

Une copie est transmise à l'établissement de santé après la prise des médicaments.



**FICHE DE LIAISON  
MÉDECIN – SAGE-FEMME / ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

Date de la convention :

**1<sup>re</sup> partie : consultations comportant une prise de médicament**

Médecin / Sage-femme : cachet

Nom de la patiente : .....

Prénom : .....

Âge : .....

Groupe Rhésus : .....

Tél. : .....

Date des dernières règles : .....

Terme (en semaines d'aménorrhée) : .....

Début de grossesse (date présumée) : .....

Métrorragies : .....

Dosage  $\beta$ hCG - date : ..... Taux : .....  
(résultat à joindre)

Et/ou

Échographie - date : ..... Terme : .....  
(compte rendu à joindre)

**Antécédents gynéco-obstétricaux :**

Grossesses : .....

FCS : .....

IVG :  instrumentale  
 médicamenteuse

GEU: .....

Infections: .....

Autres: .....

**Antécédents médico-chirurgicaux:**

Cardio-vasculaires: .....

Tabac: .....

Traitements en cours: .....

Allergies: .....

Autres: .....

**Examen clinique gynécologique:**

Date de prise de la MIFÉPRISTONE .....

au terme de: ..... SA

Date de prise du MISOPROSTOL: .....

Incompatibilité Rhésus -

date de l'injection d'immunoglobuline anti-D: .....

Date prévue pour la visite de contrôle: .....

**2<sup>e</sup> partie : consultation de contrôle**

Médecin / Sage-femme : cachet

Nom de la patiente: .....

Prénom: .....

Date de naissance: .....

Date de la visite de contrôle: .....

**Réussite de la méthode: oui / non**

Date du dosage  $\beta$ HCGHG ..... Taux: .....

Date de l'échographie: ..... Résultat: .....

## Annexe 3

### Nécessité d'un geste chirurgical :

Date:.....

Cause: .....

Lieu: .....

### Nécessité d'un traitement médical complémentaire :

Date:.....

Cause: .....

Type de traitement:.....

### Prescription d'une contraception :