



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

Non

Oui

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 (Mifepristone) 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
- Inconnue

Date:

Signature: _____

Veillez 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>