

**Prestataires de soins :** *Informez la patiente des risques liés à l'utilisation de la mifepristone. Ce formulaire doit être signé par vous et par la patiente.*

**Accord de soins :**

1. Ayant décidé de prendre de la mifepristone et du misoprostol pour mettre fin à ma grossesse, je m'engage à suivre les conseils de mon prestataire de soins pour savoir quand prendre chaque médicament, et que faire en cas d'urgence.
2. Je comprends que :
  - a. Je prendrai la mifepristone le Jour 1.
  - b. Mon prestataire de soins me donnera ou me prescrira les comprimés de misoprostol, que je prendrai entre 24 et 48 heures après la mifepristone.
3. Mon prestataire de soins m'a informée des risques, notamment :
  - saignements abondants
  - infection
  - grossesse extra-utérine
4. Je contacterai la clinique/le cabinet immédiatement si j'éprouve les symptômes suivants dans les jours suivant le traitement :
  - une température de 38 °C ou plus pendant plus de quatre heures
  - une douleur abdominale intense
  - des saignements abondants (capables de traverser en une heure deux serviettes hygiéniques épaisses Maxi et ce, pendant deux heures de suite)
  - des douleurs ou un malaise à l'estomac, y compris faiblesse, nausée, vomissements ou diarrhée, plus de 24 heures après avoir pris le misoprostol
5. Mon prestataire de soins m'a informée que ces symptômes pourraient nécessiter des soins d'urgence. Si je ne peux pas me rendre immédiatement à la clinique ou au cabinet, mon prestataire de soins m'a dit qui appeler et que faire.
6. Je dois consulter mon prestataire de soins environ 7 à 14 jours après avoir pris la mifepristone pour vérifier que ma grossesse a bien été terminée et que je me porte bien.
7. Je sais que, dans certains cas, le traitement peut être inefficace. C'est le cas chez environ 2 à 7 femmes sur 1 000 qui font ce traitement. Si ma grossesse continue après le traitement par mifepristone et misoprostol, je discuterai avec mon prestataire de soins d'une intervention chirurgicale pour interrompre ma grossesse.
8. Si j'ai besoin d'une intervention chirurgicale parce que les médicaments n'ont pas mis fin à ma grossesse, ou pour arrêter des saignements abondants, mon prestataire de soins m'a dit qu'il pratiquera l'intervention ou qu'il m'enverra chez un autre prestataire de soins qui s'en chargera.
9. J'ai le GUIDE DU MÉDICAMENT pour la mifepristone. Je l'apporterai si je dois me rendre aux urgences ou chez un prestataire de soins qui ne m'a pas donné la mifepristone, de manière à ce qu'ils sachent que je suis en train d'avoir un avortement médicamenteux avec la mifepristone.
10. Mon prestataire de soins a répondu à toutes mes questions.

**Signature de la patiente :** \_\_\_\_\_ **Nom de la patiente (en caractères d'imprimerie) :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

*La patiente a signé l'ACCORD DE SOINS en ma présence après l'avoir conseillée et avoir répondu à toutes ses questions. J'ai remis à la patiente le GUIDE DU MÉDICAMENT pour la mifepristone.*

**Signature du prestataire de soins :** \_\_\_\_\_ **Nom du prestataire de soins (en caractères d'imprimerie) :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_

*Lorsque la patiente et le prestataire de soins auront signé le présent ACCORD DE SOINS, remettez une copie à la patiente avant qu'elle quitte le cabinet et placez une copie dans le dossier médical.*