

# Prise de rendez-vous IVG

## DEMANDE DE RENDEZ-VOUS IVG

Centre Hospitalier de Perpignan

20 Avenue du Languedoc - BP 49954

66046 Perpignan Cedex 9

1er étage

**Chef de Pôle** : Dr. Nathalie CLAINQUART - **Chef de service** : Dr. Nathalie CLAINQUART

La secrétaire du centre d'IVG vous rappelle  
dès que possible du lundi au vendredi entre 8h et 15h30.

Vous connaître :

**Nom ( obligatoire )**

**Prénom ( obligatoire )**

**Date de naissance ( obligatoire )**

**Téléphone sur lequel vous désirez être recontactée ( obligatoire )**

**Courriel/mail ( obligatoire )**

**Confirmation du courriel/mail ( obligatoire )**

**Code postal ( obligatoire )**

**Ville ( obligatoire )**

Précisions :

Echographie de datation réalisée

OUI  NON

**Si oui, date de l'échographie et nombre de SA inscrit sur compte-rendu**

Test sanguin de grossesse réalisé

OUI  NON

**Si oui, précisez le taux**

**VALIDER**

