

CONSULTATION

Date de la consultation : _____ Âge : _____

Parent(s) au courant de la démarche : oui non s/o

BILAN DE SANTÉ

Antécédents personnels : _____

Antécédents gynécologiques : _____

G _____ P _____ A _____ spontané V _____

provoqué

Médication en cours : _____

Allergies et/ou intolérances : _____

Tabac : _____ Drogues : _____

PROFIL CONTRACEPTIF

Coïtarche : oui non Contraception actuelle : _____

Contraceptions antérieures, effets secondaires et raisons d'arrêt, compliance à l'utilisation : _____

DDM : _____ Normale : oui non Cycle régulier : oui non Jours : _____

Relation sexuelle non protégée depuis dernières menstruations : oui non Date : _____

Indication de test de grossesse : oui non

Nombre de partenaires depuis un an : _____ Risque d'ITSS : oui faible

Protection contre les ITSS : Toujours Souvent Parfois Jamais

Type de contraception à laquelle la cliente s'intéresse : _____

ÉVALUATION

TA : _____ Poids : _____ Test de grossesse (au besoin) : positif négatif

Dépistage ITSS asymptomatique : indiqué et prescrit non indiqué

Autres observations : _____



CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS

CONTRE-INDICATIONS	OUI	NON
Grossesse		
< 6 semaines post-partum		
Hypertension artérielle nouvelle (systolique \geq 140 mmHg, diastolique \geq 90 mmHg) ou hypertension artérielle maîtrisée par un médicament		
Antécédents de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie		
Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie		
Antécédents de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur)		
Cardiopathie ischémique		
Antécédents d'accident vasculaire cérébral		
Cardiopathie valvulaire compliquée		
Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques		
Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel		
Lupus érythémateux		
Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie		
Hépatite aiguë, cirrhose grave, affection vésiculaire symptomatique, antécédents de cholestase sous contraception hormonale combinée		
Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)		
Antécédents de pancréatite ou d'hypertriglycéridémie		
Opération chirurgicale majeure avec immobilisation prolongée		
Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament		
Femmes de 35 ans et plus :		
▪ Qui fument		
▪ Qui sont obèses (indice de masse corporelle > 30)		
▪ Qui présentent des migraines de toute nature		
Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec les contraceptifs oraux combinés :		
▪ Anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne, lamotrigine		
▪ Antirétroviraux (inhibiteurs de la protéase) : amprénavir, atazanavir, lopinavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir		
▪ Antibiotiques : rifampicine, rifabutine		
▪ Autre : millepertuis		

TIMBRE CONTRACEPTIF

CONTRE-INDICATIONS	OUI	NON
Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés		
Femme dont l'indice de masse corporelle est \geq 30		
Trouble cutané généralisé		

ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF

CONTRE-INDICATIONS	OUI	NON
Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés		
Sténose vaginale		
Anomalie structurelle du vagin		
Prolapsus utéro-vaginal		

CONTRACEPTIF ORAL À PROGESTATIF SEUL

CONTRE-INDICATIONS	OUI	NON
Grossesse		
Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel		
Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament		
Thrombo-embolie veineuse actuelle		
Cardiopathie ischémique actuelle		
Accident vasculaire cérébral actuel		
Lupus érythémateux		
Cirrhose grave		
Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)		
Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral à progestatif seul :		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne, lamotrigine ▪ Antirétroviraux (inhibiteurs de la protéase) : amprénavir, atazanavir, lopinavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir ▪ Antibiotiques : rifampicine, rifabutine ▪ Autre : millepertuis 		

INJECTION CONTRACEPTIVE

CONTRE-INDICATIONS	OUI	NON
Grossesse		
Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel		
Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament		
Thrombo-embolie veineuse profonde actuelle		
Cardiopathie ischémique actuelle		
Accident vasculaire cérébral actuel		
Lupus érythémateux		
Cirrhose grave		
Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)		
Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie		
Diabète non compliqué, mais d'une durée de plus de 20 ans		
Hypertension artérielle (systolique \geq 160 mmHg, diastolique \geq 100 mmHg)		
Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (âge élevé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle)		
Saignement vaginal inexpliqué		

STÉRILET AU LÉVONORGESTREL

CONTRE-INDICATIONS	OUI	NON
Grossesse		
Septicémie puerpérale		
Avortement septique		
Lupus érythémateux		
Saignement vaginal anormal inexpliqué		
Maladie trophoblastique (antécédents de môle hydatiforme)		
Antécédents de cancer du col		
Antécédents de cancer du sein		
Antécédents de cancer de l'endomètre		
Anomalie anatomique connue de l'utérus		
Antécédents de transplantation d'organe		
Infection pelvienne actuelle		
Infection à Chlamydia et/ou gonorrhée actuelle		
Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)		
Tuberculose pelvienne		
Cirrhose grave		
Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)		
Hypersensibilité au lévonorgestrel		

INTERVENTIONS

Contraception choisie avec la cliente : _____

- Enseignement de la méthode choisie : mode d'action, mode d'utilisation, effets secondaires possibles
- Recommandations concernant la conduite en cas d'oubli
- Information sur le dépistage des ITSS
- Double protection (grossesse-ITSS) Remise de condoms
- Information sur la contraception orale d'urgence
- Remise du plan B si applicable
- Avis de revoir un médecin sur rendez-vous
 - d'ici 12 mois pour obtention d'une ordonnance individuelle si contraception hormonale
 - d'ici 3 mois pour le dépannage de contraception orale
- Remise du formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective signé par l'infirmière
- Remise du contraceptif en échantillon X _____
- Référence au médecin, car contre-indication potentielle décelée
- Référence à milieu où pose de stérilet

Signature de l'infirmière : _____

CONSENTEMENT

Je reconnais avoir reçu l'information nécessaire et autorise l'administration d'une contraception hormonale à la mineure de moins de 14 ans qui est sous ma responsabilité.

Signature du parent ou tuteur : _____

Date : _____