



MCQ00195

Identification de l'utilisateur

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

D.D.N. : _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE INITIATION DE LA CONTRACEPTION

Santé préventive

<p>Consultation</p> <p>Date de la consultation : _____ Âge : _____ AAAA-MM-JJ</p> <p>Parents au courant de la démarche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O</p> <p>Raison de la consultation : _____ _____ _____</p>	<p>Informations supplémentaires : _____ _____ _____ _____</p>
---	---

Bilan de santé

***Les usagères présentant des saignements vaginaux inexpliqués devraient être référées à un médecin ou IPSPL pour évaluation, après avoir initié la contraception.**

Antécédents personnels : _____

Antécédents gynécologiques : _____

Médicaments en cours : _____

Allergies et/ou intolérances : _____

Date du dernier examen gynécologique : _____ Date du dernier test Pap : _____
AAAA-MM-JJ AAAAA-MM-JJ

Gravida :	Para :	Aborta :	Spontané : <input type="checkbox"/>	DDM :	Normale :	Oui	Non
			Provoqué : <input type="checkbox"/>	Année/Mois/Jour		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ménarche : _____ ans	Cycle : _____ jours				Régulier :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée des menstruations : _____ jours	Flux				Dysménorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignement intermenstruel :						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coïtarche : _____ ans	Nombre de partenaires depuis un an :						
Relation sexuelle non protégée depuis les dernières menstruations						Oui	Non
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, date de la dernière relation sexuelle non protégée :				Année/Mois/Jour			
Autres informations pertinentes :							



MCQ00195

Dossier de l'usager _____

Nom, Prénom _____

Profil contraceptif

Contraception actuelle : _____

Contraceptions antérieures : _____

Motifs d'arrêt : _____

Histoire antérieure d'observance: _____

Type de protection contre les infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) _____

Protection contre les ITSS : Toujours Souvent Parfois Jamais

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

Évaluation des connaissances actuelles : _____

Ressources (personnelles, familiales, financières) : _____

Autres : _____

Habitudes de vie

Alimentation : _____

Activité physique : _____

Drogues, alcool : _____

Relation familiale : _____

Tabagisme, nombre de cigarettes par jour : _____

Violence physique, verbale ou sexuelle : _____

Autres : _____



MCQ00195

Dossier de l'usager _____

Nom, Prénom _____

Contre-indications à la contraception hormonale dans le cadre de la prescription par une infirmière

Il est recommandé de diriger vers le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée en première ligne (IPSPL) les usagères dont l'état de santé soulève une hésitation quant à l'initiation d'une des méthodes contraceptives énumérées ci-dessous.

Contraceptifs oraux combinés		
<i>Contre-indications</i>	Oui	Non
Grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inférieur à 6 mois post-partum chez les femmes qui allaitent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inférieur à 6 semaines post-partum chez les femmes qui n'allaitent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle nouvelle (systolique : supérieure ou égale à 140 mm Hg, diastolique : supérieure ou égale à 90 mm Hg), hypertension artérielle non maîtrisée ou maîtrisée par un médicament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie ischémique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents d'accident vasculaire cérébral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie valvulaire compliquée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus érythémateux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète non compliqué, mais d'une durée de plus de 20 ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite aiguë, cirrhose grave, affection vésiculaire symptomatique, antécédents de cholestase sous contraception hormonale combinée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents de pancréatite ou d'hypertriglycémie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opération chirurgicale majeure avec immobilisation prolongée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femmes de 35 ans et plus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• qui fument;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• qui présentent des migraines de toute nature.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec les contraceptifs oraux combinés :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Certains anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne, lamotrigine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Certains antibiotiques : rifampicine, rifabutine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre : millepertuis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timbre contraceptif		
<i>Contre-indications</i>	Oui	Non
Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femme dont l'indice de masse corporelle est supérieur ou égale à 30.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble cutané généralisé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anneau vaginal contraceptif		
<i>Contre-indications</i>	Oui	Non
Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sténose vaginale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie structurelle du vagin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Contraceptif oral à progestatif seul		
<i>Contre-indications</i>	Oui	Non
Grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombo-embolie veineuse profonde actuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus érythémateux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrhose grave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral à progestatif seul :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Certains anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne. • Certains antibiotiques : rifampicine, rifabutine. • Autre : millepertuis. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Injection contraceptive		
<i>Contre-indications</i>	Oui	Non
Grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inférieur à 6 semaines post-partum chez les femmes qui n'allaitent pas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombo-embolie veineuse profonde actuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopathie ischémique actuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accident vasculaire cérébral actuel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus érythémateux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrhose grave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète non compliqué, mais d'une durée de plus de 20 ans.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension artérielle (systolique : supérieure ou égale à 160 mm Hg, Diastolique : supérieure ou égale à 100 mm Hg).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (âge élevé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignement vaginal inexpliqué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stérilet au cuivre		
<i>Contre-indications</i>	Oui	Non
Grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 48 h, à moins de 4 semaines post-partum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immédiatement après un avortement septique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Septicémie puerpérale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus érythémateux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignement vaginal anormal inexpliqué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie trophoblastique (antécédents de môle hydatiforme).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de cancer du col.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de cancer de l'endomètre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie anatomique connue de l'utérus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de transplantation d'organe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection pelvienne actuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et/ou <i>gonorrhée</i> actuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome d'immunodéficience acquise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose pelvienne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypersensibilité au cuivre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Stérilet au lévonorgestrel		
<i>Contre-indications</i>	Oui	Non
Grossesse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De 48 h, à moins de 4 semaines post-partum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immédiatement après un avortement septique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Septicémie puerpérale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus érythémateux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignement vaginal anormal inexpliqué.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie trophoblastique (antécédents de môle hydatiforme).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de cancer du col.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de cancer du sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de cancer de l'endomètre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie anatomique connue de l'utérus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antécédents personnels de transplantation d'organe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection pelvienne actuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection à <i>Chlamydia trachomatis</i> et/ou <i>gonorrhée</i> actuelle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndrome d'immunodéficience acquise (sida).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculose pelvienne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirrhose grave.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypersensibilité au lévonorgestrel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic récent d'une maladie cardiaque ischémique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Évaluation

TA :	Poids (au besoin) :
Test de grossesse (au besoin) :	Taille (au besoin) :
	IMC (au besoin) :
Autres observations :	

Décision clinique :

Contraceptif choisi par la femme

Interventions et enseignements	
Enseignement de la méthode choisie : <input type="checkbox"/> Mode d'action <input type="checkbox"/> Mode d'utilisation <input type="checkbox"/> Conduite en cas d'oubli	
<input type="checkbox"/> Recommandations concernant le début de la contraception	Précisez :
<input type="checkbox"/> Information sur le renouvellement du contraceptif	
<input type="checkbox"/> Information sur les effets indésirables possibles	
<input type="checkbox"/> Démonstration de la pose du condom	
<input type="checkbox"/> Dépistage des ITSS	
<input type="checkbox"/> Vérification de l'immunisation contre le VPH et l'hépatite B	
<input type="checkbox"/> Double protection (grossesse – ITSS)	
<input type="checkbox"/> Évaluation de l'intention d'utiliser la double protection	
<input type="checkbox"/> Remise de condoms	
<input type="checkbox"/> Information sur la contraception orale d'urgence	
<input type="checkbox"/> Counseling antitabac	
<input type="checkbox"/> Ressources dans la communauté	

<input type="checkbox"/> Remise de documentation	 MCQ00195	Précisez : Dossier de l'utilisateur _____ Nom, Prénom _____
--	---	---

Validation de la compréhension		
	Oui	Non
La cliente comprend les conseils donnés et peut les mettre en pratique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non
Orientation vers le médecin ou l'IPSPL en raison de contre-indications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation pour insertion de stérilet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientation pour stérilet d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administration de contraception orale d'urgence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remise du formulaire de liaison à l'intention du pharmacien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Planification du suivi

Prochain rendez-vous avec l'infirmière : _____

Suivi avec un médecin ou une IPSPL : _____

Relance téléphonique prévue : _____

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____

AAAA-MM-JJ