**FORMULAIRE**

**D’ÉVALUATION DE L’INFIRMIÈRE POUR INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CONSULTATION** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | **INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Date de la consultation : | | | jj | | | | | / | mm | | | | | / | | aaaa | | | | |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Âge : | ans | | |  | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | NUMÉRO DE DOSSIER | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  |  | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | |  | | | | | | | OUI | | | | | | | NON | | | | S/O | | | | | | | | |  |
|  | Parent(s) au courant de la démarche : | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | |  | NUMÉRO D’ASSURANCE MALADIE (NAM) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
|  | Raison de la consultation : | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | PRÉNOM, NOM | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | JOUR | | | | | | | | | | MOIS | | | | | | ANNÉE | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | (DATE DE NAISSANCE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | **BILAN DE SANTÉ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Antécédents personnels : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Antécédents gynécologiques : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Médication en cours : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Allergies et/ou intolérances : | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Date du dernier examen gynécologique : | | | | | | | | | | | jj | | | | / | | mm | | / | aaaa | | | | |  | | | | Date du dernier test Pap : | | | | | | | | | | | | | | | | jj | | / | mm | / | aaaa |  |  |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **OUI** | | **NON** | |  | |
|  | G : | | P : | | | A : | | | | | | | | spontané : | | | | | | | | | | | DDM : | | | | | | | | | | | | | | | | Normale : | | | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | provoqué : | | | | | | | | | | | jj | | | | | | | | | / | mm | | | | / | aaaa | | | | |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **OUI** | | **NON** | |  | |
|  | Ménarche :       ans | | | | Cycle : | | | | | | jours | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | Régulier : | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
|  | Durée des menstruations : | | | | | | | | | | jours | | | | | | | | | | | | | | Flux : | | | | | | | | | | | | | Dysménorrhée : | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | |
|  | Saignement intermenstruel : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | Coïtarche :       ans | | | |  | | | | | | | | Nombre de partenaires depuis un an : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | **OUI** | | **NON** | |  | |
|  | Relation sexuelle non protégée depuis les dernières menstruations : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | |  | |  | |
|  | * Si oui, date de la dernière relation sexuelle non protégée : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | jj | | | / | mm | | | | | | | | / | aaaa | | | | |  | | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |  | |  | |
|  | Autres informations pertinentes : | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PROFIL CONTRACEPTIF** | | | | | | | | |
|  | Contraception actuelle : | | |  | | | |  |  |
|  |  | | | | | | |  |  |
|  | Contraceptions antérieures : | | |  | | | |  |  |
|  |  | | | | | | |  |  |
|  | Motifs d’arrêt : | | |  | | | |  |  |
|  |  | | | | | | |  |  |
|  | Observance de la contraception : | | |  | | | |  |  |
|  |  | | | | | | |  |  |
|  | Type de protection contre les 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 : |  |  |  |
|  |  | |  |  |

**CONTRE-INDICATIONS**

**À LA CONTRACEPTION HORMONALE DANS LE CADRE DE L’ORDONNANCE COLLECTIVE**

Il est recommandé de diriger vers le médecin ou l’IPS les femmes dont l’état de santé soulève une hésitation quant à l’initiation  
d’une des méthodes contraceptives énumérées ci-dessous.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS** | | | | | | | | |
|  | **CONTRE-INDICATIONS** | | **OUI** | | **NON** | | |  | |
|  | Grossesse | |  | |  | | |  |  |
|  | < 6 mois post-partum chez la femme qui allaite | |  | |  | | |  |  |
|  | < 6 semaines post-partum chez la femme qui n’allaite pas | |  | |  | | |  |  |
|  | Hypertension artérielle nouvelle (systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg), hypertension artérielle non maîtrisée ou maîtrisée par un médicament | |  | |  | | |  |  |
|  | Antécédents personnels 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 | |  | |  | | |  |  |
|  | Diabète non compliqué, mais d’une durée de plus de 20 ans | |  | |  | | |  |  |
|  | 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 présentent des migraines de toute nature | |  | |  | | |  |  |
|  | Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec les contraceptifs oraux combinés : | |  | |  | | |  |  |
|  | * certains anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne, lamotrigine | |  | |  | | |  |  |
|  | * certains antibiotiques : rifampicine, rifabutine | |  | |  | | |  |  |
|  | * autre : millepertuis | |  | |  | | |  |  |
|  | Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles | |  | |  | | |  |  |
|  | **TIMBRE CONTRACEPTIF** | | | | | | |
|  | **CONTRE-INDICATIONS** | **OUI** | | **NON** | | |  |
|  | Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés |  | |  | |  |  |
|  | Femme dont l’indice de masse corporelle est ≥ 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 |  |  |  |  |
|  | Lupus érythémateux |  |  |  |  |
|  | Cirrhose grave |  |  |  |  |
|  | Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome) |  |  |  |  |
|  | Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral  à progestatif seul : |  |  |  |  |
|  | * certains anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate,  phénobarbital, phénytoïne |  |  |  |  |
|  | * certains antibiotiques : rifampicine, rifabutine |  |  |  |  |
|  | * autre : millepertuis |  |  |  |  |
|  | Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **INJECTION CONTRACEPTIVE** | | |
|  | **CONTRE-INDICATIONS** | **OUI** | **NON** |
|  | Grossesse |  |  |
|  | < 6 semaines post-partum chez la femme qui allaite |  |  |
|  | 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 ≥ 160 mmHg, diastolique ≥ 100 mmHg) |  |  |
|  | Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (âge élevé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle) |  |  |
|  | Saignement vaginal inexpliqué |  |  |
|  | Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **STÉRILET AU CUIVRE** | | |
|  | **CONTRE-INDICATIONS** | **OUI** | **NON** |
|  | Grossesse |  |  |
|  | De 48 heures à < 4 semaines post-partum |  |  |
|  | Immédiatement après un avortement septique |  |  |
|  | Septicémie puerpérale |  |  |
|  | Lupus érythémateux |  |  |
|  | Saignement vaginal anormal inexpliqué |  |  |
|  | Maladie trophoblastique (antécédents de môle hydatiforme) |  |  |
|  | Antécédents personnels de cancer du col |  |  |
|  | Antécédents personnels de cancer de l’endomètre |  |  |
|  | Anomalie anatomique connue de l’utérus |  |  |
|  | Antécédents personnels de transplantation d’organe |  |  |
|  | Infection pelvienne actuelle |  |  |
|  | Infection à Chlamydia et/ou gonorrhée actuelle |  |  |
|  | Syndrome d’immunodéficience acquise (sida) |  |  |
|  | Tuberculose pelvienne |  |  |
|  | Hypersensibilité au cuivre |  |  |
|  | Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **STÉRILET AU LÉVONORGESTREL** | | |
|  | **CONTRE-INDICATIONS** | **OUI** | **NON** |
|  | Grossesse |  |  |
|  | De 48 heures à < 4 semaines post-partum |  |  |
|  | Immédiatement après un avortement septique |  |  |
|  | Septicémie puerpérale |  |  |
|  | Lupus érythémateux |  |  |
|  | Saignement vaginal anormal inexpliqué |  |  |
|  | Maladie trophoblastique (antécédents de môle hydatiforme) |  |  |
|  | Antécédents personnels de cancer du col |  |  |
|  | Antécédents personnels de cancer du sein |  |  |
|  | Antécédents personnels de cancer de l’endomètre |  |  |
|  | Anomalie anatomique connue de l’utérus |  |  |
|  | Antécédents personnels 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 |  |  |
|  | Diagnostic récent d’une maladie cardiaque ischémique |  |  |
|  | Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ÉVALUATION** | | | | | | | | |
|  | **TA** : |  | | |  | **Poids** (au besoin) : |  |  |  |
|  |  |  | | | | **Taille** (au besoin) : |  |  |  |
|  | **Test de grossesse** (au besoin) : | | |  |  | **IMC** (au besoin) : |  |  |  |
|  | **Autres observations :** | |  | | | | |  |  |
|  |  | | | | | | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DÉCISION CLINIQUE** | | | |
|  | **Contraceptif choisi par la cliente** (tel qu’il apparaît sur le formulaire de liaison) : |  |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **INTERVENTIONS** | | | | | | | |
|  | Enseignement de la méthode choisie : | | Mode d’action | Mode d’utilisation | Conduite en cas d’oubli | | |  |
|  |  | Recommandations concernant le début de la contraception : | | *Préciser :* | | | |  |
|  |  | Information sur le renouvellement du contraceptif : | | *Préciser :* | | | |  |
|  |  | Information sur les effets indésirables possibles | |  | | | |  |
|  |  | Démonstration de la pose du condom | |  | | | |  |
|  |  | Dépistage des ITSS | |  | | | |  |
|  |  | Vérification de l’immunisation contre le VPH et l’hépatite B | |  | | | |  |
|  |  | Double protection (grossesse-ITSS) | |  | | | |  |
|  |  | Évaluation de l’intention d’utiliser la double protection | |  | | | |  |
|  |  | Remise de condoms | |  | | | |  |
|  |  | Information sur la contraception orale d’urgence | |  | | | |  |
|  |  | Counseling antitabac | |  | | | |  |
|  |  | Ressources dans la communauté | |  | | | |  |
|  |  | Remise de documentation : | | *Préciser :* | | | |  |
|  |  |  | |  | | | |  |
|  | **VALIDATION DE LA COMPRÉHENSION** | | | | | **OUI** | **NON** | |
|  | La cliente comprend les conseils donnés et peut les mettre en pratique : | | | | |  |  | |
|  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | | **OUI** | **NON** | |
|  | Orientation vers le médecin ou l’IPS en raison de contre-indications | | | | |  |  | |
|  | Orientation pour l’insertion de stérilet | | | | |  |  | |
|  | Orientation pour stérilet d’urgence | | | | |  |  | |
|  | Administration de contraception orale d’urgence selon une ordonnance collective | | | | |  |  | |
|  | Remise du formulaire de liaison pour l’application de l’ordonnance collective signé par l’infirmière | | | | |  |  | |
|  | Autres : | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PLANIFICATION DU SUIVI** | | | | | | | | |  |
|  | Relance téléphonique prévue : | | |  | | | | | |  |
|  | Prochain rendez-vous avec l’infirmière : | | |  | | | | | |  |
|  | Suivi avec un médecin, une IPS ou une infirmière visée par le règlement sur la prescription infirmière, prévu dans un délai maximal d'un an pour l'obtention  d'une ordonnance individuelle : | | |  | | | | | |  |
|  | Nom du médecin répondant, de l’IPS ou de l’infirmière autorisée à prescrire : | | |  | | | | | |  |
|  | Signature de l’infirmière : |  |  | Date : | jj | / | mm | / | aaaa |  |
|  |  | | |  | | | | | |  |