

## Feuille de collecte de données lors de la consultation pour l'insertion d'un stérilet

### Renseignements généraux

|                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Date de la consultation :                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |  |
| Âge :        ans                                                                                                                                                                   | Parent(s) au courant de la démarche : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non pertinent |  |
| Accompagnée de :                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                        |  |
| Raison(s) de l'insertion du stérilet : <input type="checkbox"/> Contraception <input type="checkbox"/> Stérilet au cuivre d'urgence <input type="checkbox"/> Autre(s) (précisez) : |                                                                                                                                        |  |

### Antécédents de santé

|                                              |
|----------------------------------------------|
| Allergies :                                  |
| Médicaments en cours :                       |
| Antécédents médicaux :                       |
| Antécédents chirurgicaux :                   |
| Antécédents familiaux :                      |
| Immunisation VPH/Hépatite B :                |
| Consommation tabac/vapotage/alcool/drogues : |

### Profil contraceptif

|                                                                               |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Contraception actuelle :                                                      | Date de début : |
| Si la contraception actuelle est un stérilet, est-il bien toléré (précisez) ? |                 |
| Méthode(s) contraceptive(s) antérieure(s) et raison(s) de discontinuation :   |                 |

## Feuille de collecte de données lors de la consultation pour l'insertion d'un stérilet (suite)

### Anamnèse gynécologique

|                                                    |             |                                           |                | Oui | Non |
|----------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------|----------------|-----|-----|
| DDM :                                              |             | DDM habituelle?                           |                |     |     |
| Cycle :        jours                               |             | Régulier ?                                |                |     |     |
| Durée des menstruations :        jours             |             | Flux :                                    | Dysménorrhée ? |     |     |
| Saignement(s) intermenstruel(s) ?                  |             |                                           |                |     |     |
| Ménarche :        ans                              |             |                                           |                |     |     |
| Antécédent de grossesse(s) ?        Oui        Non |             |                                           |                |     |     |
| Si oui :                                           |             |                                           |                |     |     |
| - Nombre de grossesses à terme :                   |             | Date du dernier accouchement :            |                |     |     |
| - Nombre d'avortement(s) spontané(s) :             |             | Date du dernier avortement spontané :     |                |     |     |
| - Nombre d'avortement(s) provoqué(s) :             |             | Date du dernier avortement provoqué :     |                |     |     |
| - Nombre de grossesse(s) ectopique(s) :            |             | Date de la dernière grossesse ectopique : |                |     |     |
| - Nombre de césarienne(s) :                        |             | Année(s) :                                |                |     |     |
| Date du dernier examen gynécologique :             |             |                                           |                |     |     |
| Date du dernier dépistage                          | VPH (date): | Cytologie (test PAP) (date) :             | Résultat :     |     |     |

### Activité sexuelle et risque d'ITS

|                                                                                                                             |         |                   | Oui | Non |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|-----|-----|
| Coïtarce :        ans                                                                                                       |         |                   |     |     |
| Partenaire sexuel stable? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non        Si oui, depuis combien de temps? |         |                   |     |     |
| Nombre de partenaires sexuels : durant la dernière année :        durant les 2 derniers mois :                              |         |                   |     |     |
| Type de protection contre les ITS :                                                                                         |         |                   |     |     |
| Antécédent d'ITS ?                                                                                                          |         |                   |     |     |
| Si oui, laquelle :                                                                                                          | Année : | Traitement reçu : |     |     |
| Si oui, laquelle :                                                                                                          | Année : | Traitement reçu : |     |     |
| Si oui, laquelle :                                                                                                          | Année : | Traitement reçu : |     |     |
| Dépistage pour <i>Chlamydia trachomatis</i> et <i>Neisseria gonorrhoeae</i> au cours des 2 derniers mois ?                  |         |                   |     |     |

## Feuille de collecte de données lors de la consultation pour l'insertion d'un stérilet (suite)

### Moment de l'insertion du stérilet et relations sexuelles non protégées (RSNP)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Oui | Non |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Relation(s) sexuelle(s) non protégée(s) (RSNP) depuis la DDM ?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |     |     |
| Si oui, date de la dernière RSNP :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |
| <b>Stérilet inséré dans une des périodes suivantes ? (si oui, précisez la situation) :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dans les 5 jours qui suivent la DDM</li> <li><input type="checkbox"/> Dans les 21 jours qui suivent un accouchement</li> <li><input type="checkbox"/> Le jour même ou dans les 5 jours qui suivent un avortement chirurgical, un avortement spontané ou une grossesse extra-utérine</li> <li><input type="checkbox"/> Dans les 6 mois après l'accouchement si les critères d'aménorrhée lactationnelle sont tous appliqués<sup>1</sup></li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>Si oui :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les stérilets (cuivre et lévonorgestrel) ont une efficacité immédiate<sup>2</sup></li> <li>- En cas de RSNP, aucune contraception d'urgence ou report de l'insertion ne sont requis</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>Si non et aucune RSNP depuis la DDM :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aucune contraception d'urgence ou report de l'insertion ne sont requis</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> <b>Si non et présence de RSNP depuis la DDM :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Stérilet au cuivre : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> RSNP survenue dans les 7 derniers jours : insérer le stérilet immédiatement</li> <li><input type="checkbox"/> RSNP survenue il y a plus de 7 jours : reporter l'insertion du stérilet dans 7 jours après avoir fait un test de grossesse (+ condom à toutes les relations sexuelles X 7 jours)</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Stérilet au lévonorgestrel : <ul style="list-style-type: none"> <li>RSNP survenue dans les 5 derniers jours : donner la COU-LNG et insérer le stérilet immédiatement</li> <li>RSNP survenue il y a 6 ou 7 jours : proposer l'insertion d'un stérilet au cuivre d'urgence (qui pourra être remplacé par un stérilet au lévonorgestrel lors de la prochaine menstruation, si désiré)</li> <li>RSNP survenue il y a plus de 7 jours : reporter l'insertion du stérilet dans 7 jours après avoir fait un test de grossesse (+ condom à toutes les relations sexuelles X 7 jours)</li> </ul> </li> </ul> |     |     |

<sup>1</sup> Les trois critères suivants doivent être réunis : 1) moins de 6 mois après l'accouchement, 2) allaitement complet ou presque complet (c.-à-d. alimentation du nouveau-né composée de lait maternel dans plus des trois quarts des repas et intervalles  $\leq$  4-6 heures entre les tétées), 3) aucune perte sanguine menstruelle).

<sup>2</sup> Le stérilet au cuivre a une efficacité immédiate peu importe le moment de l'insertion. S'il est inséré à l'extérieur des périodes mentionnées ci-haut, il faut quand même vérifier la survenue de RSNP depuis la DDM.

#### Note :

Lors d'**avortement médicamenteux**, un stérilet au cuivre ou au lévonorgestrel peut être inséré après confirmation d'avortement complet et d'absence de RSNP depuis la prise du misoprostol (et pendant 7 jours après l'insertion dans le cas d'un stérilet au lévonorgestrel). Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, 2-4 semaines après l'insertion.

## Feuille de collecte de données lors de la consultation pour l'insertion d'un stérilet (suite)

### Contre-indications relatives (catégorie 3 selon OMS) et absolues (catégorie 4 selon OMS) aux stérilets

| Contre-indications générales (stérilets au lévonorgestrel et au cuivre)                                             | Catégorie | Oui | Non |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|-----|
| Grossesse                                                                                                           | 4         |     |     |
| Immédiatement après un avortement septique                                                                          | 4         |     |     |
| Endométrite post-partum                                                                                             | 4         |     |     |
| Maladie trophoblastique avec persistance de $\beta$ -hCG élevés avec évidence de malignité intra-utérine            | 4         |     |     |
| Saignement vaginal inexpliqué                                                                                       | 4         |     |     |
| Cancer du col en attente de traitement                                                                              | 4         |     |     |
| Cancer de l'endomètre en attente de traitement                                                                      | 4         |     |     |
| Syndrome inflammatoire pelvien actuel                                                                               | 4         |     |     |
| Tuberculose pelvienne                                                                                               | 4         |     |     |
| Cervicite mucopurulente ou infection actuelle du col à <i>Chlamydia trachomatis</i> ou <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | 4         |     |     |
| Anomalie anatomique de l'utérus incompatible avec la présence d'un stérilet                                         | 4         |     |     |
| Myome(s) utérin(s) déformant la cavité endométriale                                                                 | 3         |     |     |
| Hypersensibilité/allergie à l'une des composantes du produit                                                        | 4         |     |     |
| Contre-indications (stérilet au lévonorgestrel seulement)                                                           | Catégorie | Oui | Non |
| Cancer du foie (hépatome)                                                                                           | 3         |     |     |
| Cancer du sein actuel                                                                                               | 4         |     |     |
| Cancer du sein, sans évidence de maladie active depuis 5 ans                                                        | 3         |     |     |
| Contre-indications (stérilet au cuivre seulement)                                                                   | Catégorie | Oui | Non |
| Lupus érythémateux avec thrombocytopénie sévère                                                                     | 3         |     |     |

### Autres renseignements médicaux pertinents

### Décisions thérapeutiques

|                                                                                                                                                                                                               | Ce jour | Plus tard (précisez date et raison) |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------|
| Insertion d'un stérilet (marque, modèle) :                                                                                                                                                                    |         |                                     |
| Contraception d'urgence : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui : <input type="checkbox"/> COU-LNG <input type="checkbox"/> COU-UPA <input type="checkbox"/> Stérilet au cuivre |         |                                     |
| Autres :                                                                                                                                                                                                      |         |                                     |
| Formulaire de consentement à l'insertion d'un stérilet signé ?                                                                                                                                                |         |                                     |

## Feuille de collecte de données lors de la consultation pour l'insertion d'un stérilet (suite)

### Interventions

| Examen physique                                                        |                                 |                                              |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------|
| Poids :                      kg                                        | Taille :                      m | IMC :                      kg/m <sup>2</sup> |
| Tension artérielle :                      /                      mm Hg |                                 |                                              |
| Autres :                                                               |                                 |                                              |

| Examen gynécologique |                                                                                    |           |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Toucher vaginal :    | Utérus :<br><input type="checkbox"/> Antéversé <input type="checkbox"/> Rétroversé | Annexes : |
| Vulve :              |                                                                                    |           |
| Vagin :              |                                                                                    |           |
| Col :                |                                                                                    |           |

| Dépistages                                                                                                   |            | Fait ce jour | Non fait | Au dossier |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------|----------|------------|
| Test de grossesse urinaire                                                                                   | Résultat : |              |          |            |
| Dépistage de <i>Chlamydia trachomatis</i> et <i>Neisseria gonorrhoeae</i>                                    |            |              |          |            |
| Dépistage du cancer du col : <input type="checkbox"/> test VPH <input type="checkbox"/> Cytologie (test PAP) |            |              |          |            |
| Autre(s) (spécifiez) :                                                                                       |            |              |          |            |

| Insertion du stérilet                                                                                                                             |                                           | Oui | Non |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----|-----|
| Désinfection du col                                                                                                                               | Désinfectant :                            |     |     |
| Anesthésie du col                                                                                                                                 | Anesthésiant (nom, concentration, dose) : |     |     |
| Retrait d'un stérilet en place ?                                                                                                                  |                                           |     |     |
| Installation de la pince à col : <input type="checkbox"/> 12 :00 <input type="checkbox"/> 6 :00 <input type="checkbox"/> latérale                 |                                           |     |     |
| Hystérométrie :                      cm (utilisation d'un dilateur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non)                    |                                           |     |     |
| Insertion du stérilet selon technique :<br><br><input type="checkbox"/> Marque et modèle :<br><input type="checkbox"/> Lot et date d'expiration : |                                           |     |     |
| Fils coupés (à                      cm de l'orifice externe du col)                                                                               |                                           |     |     |
| Particularités de l'insertion ? (si oui, précisez) :                                                                                              |                                           |     |     |
| Effets indésirables immédiats ? (si oui, précisez) :                                                                                              |                                           |     |     |

## Feuille de collecte de données lors de la consultation pour l'insertion d'un stérilet (suite)

### Informations et conseils donnés à la personne

| Stérilet au lévonorgestrel                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Oui | Non |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Informations sur le mode d'action, les effets indésirables, les complications sérieuses et les signes et symptômes qui nécessitent de consulter                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |     |     |
| Informations sur la durée d'utilisation du stérilet :<br><input type="checkbox"/> Mirena : jusqu'à 8 ans, quel que soit l'âge à l'insertion, ou jusqu'à la ménopause si inséré à partir de 40 ans<br><input type="checkbox"/> Kyleena : jusqu'à 5 ans, quel que soit l'âge à l'insertion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |     |
| Stérilet inséré à un des moments énumérés dans la section « Moment de l'insertion du stérilet et relations sexuelles non protégées (RSNP) » (p.3)?<br><br><input type="checkbox"/> Oui : passez à la section « Tous les cas »<br><input type="checkbox"/> Non et absence de RSNP depuis la DDM (un stérilet au lévonorgestrel a été inséré):<br>- Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles (ou poursuivre la méthode contraceptive préalable) pendant 7 jours<br>- Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, dans 2 à 4 semaines<br><br>Non et présence de RSNP dans les 5 derniers jours (un stérilet au lévonorgestrel a été inséré) :<br>- Prendre la COU-LNG immédiatement<br>- Utiliser le condom à toutes les relations sexuelles pendant 7 jours<br>- Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, dans 2 à 4 semaines<br><br>Non et présence de RSNP il y a 6 ou 7 jours (un stérilet au cuivre d'urgence a été inséré) :<br>- Remplacer le stérilet au cuivre par un stérilet au lévonorgestrel lors de la prochaine menstruation, si désiré<br>- Faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, dans 2 à 4 semaines<br><br>Non et présence de RSNP il y a plus de 7 jours (l'insertion du stérilet est reportée dans 7 jours) : utiliser le condom à toutes les relations sexuelles pendant 7 jours |     |     |

| Stérilet au cuivre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Oui | Non |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Informations sur le mode d'action, les effets indésirables, les complications sérieuses et les signes et symptômes qui nécessitent de consulter                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |     |
| Informations sur la durée d'utilisation du stérilet :<br><input type="checkbox"/> Mona Lisa 10 et Liberte TT380 Standard : jusqu'à 12 ans, quel que soit l'âge à l'insertion<br><input type="checkbox"/> Tous les stérilets comportant 380 mm <sup>2</sup> de cuivre : jusqu'à la ménopause si insérés à partir de 35 ans<br><input type="checkbox"/> Dans les autres situations, les recommandations du fabricant doivent être respectées                                                                                                                                                                                                |     |     |
| Stérilet inséré à un des moments énumérés dans la section « Moment de l'insertion du stérilet et relations sexuelles non protégées (RSNP) » (p.3)?<br><br>Oui : passez à la section « Tous les cas »<br>Non et absence de RSNP depuis la DDM : faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, dans 2 à 4 semaines<br>Non et présence de RSNP dans les 7 derniers jours : faire un test de grossesse, à la maison ou en clinique, dans 2 à 4 semaines<br>Non et présence de RSNP il y a plus de 7 jours (l'insertion du stérilet est reportée dans 7 jours) : utiliser le condom à toutes les relations sexuelles pendant 7 jours |     |     |

## Feuille de collecte de données lors de la consultation pour l'insertion d'un stérilet (suite)

### Informations et conseils donnés à la personne (suite)

| Tous les cas                                                                                                          | Oui | Non |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| Informations données sur la protection contre les ITS (utilisation du condom)                                         |     |     |
| Informations données sur l'immunisation contre le VPH et l'hépatite B (si applicable)                                 |     |     |
| Remise de condoms (si applicable)                                                                                     |     |     |
| Consignes pour la période post insertion (p. ex., feuillet « Vous venez de vous faire poser un stérilet » de l'INSPQ) |     |     |
| Remise d'une prescription de contraception orale d'urgence (si besoin)                                                |     |     |

### Planification du suivi

|                                   |                   | Oui    | Non |
|-----------------------------------|-------------------|--------|-----|
| Est-ce qu'un suivi est envisagé ? |                   |        |     |
| Si oui :                          | Moment du suivi : | Avec : |     |

|                                    |        |
|------------------------------------|--------|
| Signature du médecin ou de l'IPS : | Date : |
|------------------------------------|--------|