**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 cholestasesous 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 surla 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 |  |
|  |  |  |  |