



dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
Date nais. : _____
Année / Mois / Jour

Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour contraception hormonale d'URGENCE

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

Contraception actuelle : _____
DDM : _____ Normale : oui non
Cycle régulier : oui non Jours : _____
Relation sexuelle non protégée : _____/_____/_____
Année Mois Jour Heure Délai
Indication de test de grossesse : oui non
Nombre de partenaires depuis un an : _____ Risque d'ITSS : oui faible

ÉVALUATION

TA : _____ Test de grossesse (au besoin) : positif négatif
Dépistage ITSS asymptomatique : indiqué et prescrit non indiqué
Autres observations : _____

ÉVALUATION (SUITE)

Contre-indications relatives à la contraception hormonale d'urgence :

- Délai de plus de 5 jours depuis la relation
- Âgée de moins de 14 ans sans titulaire de l'autorité parentale

RÉFÉRENCE MÉDICALE

Oui Raison : _____

Non

Nom du médecin : _____

- Cas discuté et application de l'ordonnance approuvée
- Évaluation poursuivie par le médecin

INTERVENTIONS

- Enseignement requis (efficacité 85%, absence d'effets secondaires, absence de risque pour le fœtus en cas d'échec)
- Information sur le dépistage d'ITSS
- Double protection (grossesse – ITSS)
- Remise de condoms
- Remise de 2 co Plan B®, à prendre en une dose dès que possible
- Remise du formulaire d'information à la cliente
- Application de l'ordonnance collective OC-M-E2 « Initier la contraception hormonale » si applicable
- Application de l'ordonnance collective OC-M-E3 « Dépannage de contraception hormonale » si applicable

Signature de l'infirmière : _____

Date : _____

CONSENTEMENT

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

Signature du parent ou tuteur : _____

Date : _____