



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

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

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
Relation sexuelle non protégée depuis dernières menstruations : oui non Date : _____
Indication de test de grossesse : oui non
Nombre de partenaires depuis un an : _____ Risque d'ITSS : oui faible

ÉVALUATION

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

ÉVALUATION (suite)

- Contre-indication décelée :
- Grossesse actuelle
 - < 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la femme allaite
 - < 21 jours à la suite d'un accouchement, si la femme n'allait pas
 - HTA
 - Hx personnelle ou familiale de thrombo-embolie
 - ATCD problème vasculaire cardiaque ou cérébral
 - Migraines avec symptômes neurologiques
 - ATCD cancer sein
 - Diabète
 - Maladie hépatique ou pancréatique
 - Saignement utérin anormal
 - Chirurgie majeure récente (\leq 1 mois) ou prévue (\leq 2 semaines)
 - Femme > 40 ans
 - Femme > 35 ans avec tabagisme, obésité ou migraines
 - Médication régulière pouvant modifier le métabolisme de la contraception hormonale ou induire des risques si combiné avec contraceptifs oraux

Si oui, référence au médecin.

INTERVENTIONS

- Enseignement sur la méthode au besoin
 - Information sur le dépistage des ITSS
 - Double protection (grossesse-ITSS) Remise de condoms
 - Information sur la contraception orale d'urgence
 - Avis de revoir un médecin sur rendez-vous d'ici 3 mois pour obtention d'une ordonnance individuelle
 - Remise du formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective signé par l'infirmière
- Contraception de la cliente :** _____
- Remise du plan B si applicable
 - Référence au médecin, car contre-indication potentielle décelée

Signature de l'infirmière : _____ **Date :** _____

CONSENTEMENT

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

Signature du parent ou tuteur : _____ **Date :** _____