



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

Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour INITIER la 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

Coïtarche : oui non
Contraception actuelle : _____
Contraceptions antérieures, effets secondaires et raisons d'arrêt, compliance à l'utilisation : _____

DDM : _____ Normale : oui non
Cycle régulier : oui non Jours : _____
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 : _____

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 (≤ 1 mois) ou prévue (≤ 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 de la méthode choisie : mode d'action, mode d'utilisation, effets secondaires possibles
- Recommandations concernant la conduite en cas d'oubli
- 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 3-6 mois pour obtention d'une ordonnance individuelle

- Remise du formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective signé par l'infirmière
- Remise du plan B si applicable
- Référence au médecin, car contre-indication potentielle décelée

Signature de l'infirmière : _____

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 : _____