

Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour initier ou dépanner 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

ÉVALUATIONTA : _____ Poids : _____ Test de grossesse (au besoin) : positif négatifDépistage ITSS asymptomatique : indiqué et prescrit non indiquéAutres 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
 - Lupus érythémateux
 - Hx personnelle ou familiale de thrombo-embolie antérieure ou active
 - ATCD problème vasculaire cardiaque ou cérébral
 - Migraines avec symptômes neurologiques
 - ATCD cancer sein
 - Diabète
 - Maladie hépatique ou pancréatique active ou sévère
 - 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 pour obtention d'une ordonnance individuelle
 - d'ici 3-6 mois pour l'initiation de contraception orale
 - d'ici 3 mois pour le dépannage de contraception orale
- 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 : _____