**Annexe A****Formulaire d’évaluation par l’infirmière pour l’amorce,   
le renouvellement et l’ajustement de la contraception**

Formulaire d’évaluation par l’infirmière pour l’amorce, le renouvellement et l’ajustement de la contraception

|  |  |
| --- | --- |
| **Consultation** | **Information supplémentaire** |
| Date de la consultation Âge : | **Numéro d’assurance maladie** |
|  |  |
| Parent(s) au courant de la démarche :  Oui  Non  S/O | **Nom, Prénom** |
|  |  |
| Raison de la consultation : | **Numéro de dossier** |
|  |  |
|  | **Date de naissance** |
|  | Année Mois Jour |

Bilan de santé

Antécédents personnels :

Antécédents gynécologiques :

Antécédents familiaux :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Médicaments en cours :

Immunisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergies et/ou intolérances :

Date du dernier examen gynécologique : Date du dernier test Pap :

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Gravida : | Para : | Aborta :  Spontané :  Provoqué : | | DDM : | Normale : | **Oui** | **Non** |
| Année Mois Jour  / / | | | |
| Ménarche : ans | | Cycle : jours | | | Régulier : | **Oui** | **Non** |
| Durée des menstruations : jours | | | | Flux : | Dysménorrhée | **Oui** | **Non** |
| Saignement intermenstruel : | | | | | | **Oui** | **Non** |
| Coïtarche : ans | | | Nombre de partenaires depuis un an : | | | | |
| Relation sexuelle non protégée depuis les dernières menstruations | | | | | | **Oui** | **Non** |
| Si oui, date de la dernière relation sexuelle non protégée : | | | | Année Mois Jour  / / | | | |
| 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 :

Évaluation

|  |  |
| --- | --- |
| TA | Poids (au besoin) : |
| Test de grossesse (au besoin) : | Taille (au besoin) : |
| **Autres observations :** | IMC (au besoin) : |
|  |  |

Effets indésirables, difficultés ou insatisfaction exprimés par la femme (dans le cas d’une consultation pour l’ajustement du contraceptif) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contre-indications à la contraception hormonale dans le cadre de la prescription par une infirmière

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. |  |  |
| Avant 6 semaines post-partum. |  |  |
| Hypertension artérielle (systolique supérieure ou égale à 140 mm Hg, diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg) maîtrisée ou non par un médicament. |  |  |
| Hypertension artérielle avec maladie vasculaire. |  |  |
| Antécédent personnel de thrombo-embolie veineuse. |  |  |
| Thrombophilie. |  |  |
| Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie. |  |  |
| Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur). |  |  |
| Antécédent de thrombose veineuse superficielle. |  |  |
| Cardiopathie ischémique. |  |  |
| Antécédent personnel d’accident vasculaire cérébral. |  |  |
| Cardiomyopathie péripartum. |  |  |
| Cardiopathie valvulaire compliquée (c.-à-d., avec hypertension pulmonaire, risque de fibrillation auriculaire ou histoire d’endocardite bactérienne subaiguë). |  |  |
| Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardio-vasculaire (tels que âge avancé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle, faible HDL, LDL élevé ou triglycérides élevés). |  |  |
| Antécédent personnel de migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques. |  |  |
| Antécédent personnel 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 cholestase sous contraception hormonale combinée. |  |  |
| Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome). |  |  |
| Antécédents de pancréatite ou d’hypertriglycéridémie. |  |  |
| Maladie inflammatoire de l’intestin (colite ulcéreuse et maladie de Crohn). |  |  |
| Chirurgie bariatrique avec procédures menant à une malabsorption (pour contraceptifs administrés par voie orale, seulement). |  |  |
| Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée (confinement dans un lit pendant plus de 72 heures). |  |  |
| Toute pathologie impliquant une immobilité prolongée (confinement dans un lit pendant plus de 72 heures) |  |  |
| Greffe avec complications (échec de la greffe, rejet, vasculopathie de l’allogreffe cardiaque) |  |  |
| 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, eslicarbazépine, lamotrigine, oxcarbazépine, perampanel, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rufinamide, topiramate  Fosamprénavir  Rifampicine, rifabutine  Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Timbre contraceptif | | |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés. |  |  |
| Femme dont le poids est égal ou supérieur à 90 kg. |  |  |
| Anneau vaginal contraceptif | | |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Contre-indications identiques à celles des contraceptifs oraux combinés. |  |  |
| Sténose vaginale. |  |  |
| Anomalie structurelle du vagin. |  |  |
| Prolapsus pelvien. |  |  |
| Contraceptif oral à progestatif seul | | |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Grossesse. |  |  |
| Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel. |  |  |
| Hypersensibilité à l’une des composantes du médicament. |  |  |
| Lupus érythémateux. |  |  |
| Cirrhose grave. |  |  |
| Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome). |  |  |
| Chirurgie bariatrique avec procédures menant à une malabsorption |  |  |
| Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral à progestatif seul : |  |  |
| Certains anticonvulsivants : carbamazépine, eslicabazépine, oxcarbazépine, perampanel, phénobarbital, phénytoïne, primidone, rufinamide, topiramate  Rifampicine, rifabutine |  |  |
|  |  |
|  |  |
| Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles. |  |  |
| **Injection contraceptive** |  |  |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Grossesse. |  |  |
| Antécédents personnels de cancer du sein ou cancer du sein actuel. |  |  |
| Hypersensibilité à l’une des composantes du médicament. |  |  |
| Antécédent personnel de cardiopathie ischémique. |  |  |
| Antécédent personnel d’accident vasculaire cérébral. |  |  |
| Lupus érythémateux. |  |  |
| Cirrhose grave. |  |  |
| Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome). |  |  |
| Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie, de neuropathie ou de maladie vasculaire. |  |  |
| Diabète non compliqué, mais d’une durée de plus de 20 ans. |  |  |
| Hypertension artérielle (systolique supérieure ou égale 160 mm Hg, diastolique supérieure ou égale 100 mm Hg). |  |  |
| Hypertension artérielle avec maladie vasculaire |  |  |
| Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (tels que âge avancé ~~élevé~~, tabagisme, diabète, hypertension artérielle, faible HDL, LDL élevé ou triglycérides élevés). |  |  |
| Saignement vaginal inexpliqué. |  |  |
| Arthrite rhumatoïde sous thérapie immunosuppressive |  |  |
| Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles. |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Stérilet au cuivre | | |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Grossesse. |  |  |
| Immédiatement après un avortement septique. |  |  |
| Septicémie puerpérale. |  |  |
| Lupus érythémateux. |  |  |
| Saignement vaginal anormal inexpliqué. |  |  |
| Maladie trophoblastique (môle hydatiforme) actuelle. |  |  |
| Cancer du col en attente de traitement |  |  |
| Antécédent personnel de cancer de l’endomètre. |  |  |
| Anomalie anatomique connue de l’utérus. |  |  |
| Greffe avec complications |  |  |
| Atteinte inflammatoire pelvienne actuelle. |  |  |
| Infection actuelle à *Chlamydia trachomatis* ou gonorrhée actuelle ou cervicite muco-purulente |  |  |
| Tuberculose pelvienne. |  |  |
| Hypersensibilité au cuivre. |  |  |
| Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles. |  |  |
| Stérilet au lévonorgestrel | | |
| Contre-indications | Oui | Non |
| Grossesse. |  |  |
| Immédiatement après un avortement septique. |  |  |
| Septicémie puerpérale. |  |  |
| Lupus érythémateux. |  |  |
| Saignement vaginal anormal inexpliqué. |  |  |
| Maladie trophoblastique (môle hydatiforme) actuelle. |  |  |
| Cancer du col en attente de traitement |  |  |
| Antécédent personnel de cancer du sein. |  |  |
| Antécédent personnel de cancer de l’endomètre. |  |  |
| Anomalie anatomique connue de l’utérus. |  |  |
| Greffe avec complications |  |  |
| Atteinte inflammatoire pelvienne actuelle. |  |  |
| Infection actuelle à *Chlamydia trachomatis* ou gonorrhée actuelle ou cervicite muco-purulente |  |  |
| Tuberculose pelvienne. |  |  |
| Cirrhose grave. |  |  |
| Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome). |  |  |
| Hypersensibilité au lévonorgestrel. |  |  |
| Autres conditions médicales importantes ou inhabituelles. |  |  |

Analyse (Liste des problèmes):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Décision clinique (telle qu’elle apparaît sur la prescription de l’infirmière) :

Contraceptif choisi par la femme (dans le cas de l’amorce ou du renouvellement d’un contraceptif) :

Approches, interventions ou changement de contraceptif selon le protocole choisi par la femme (dans le cas d’une consultation pour l’ajustement du contraceptif) :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Interventions et enseignements | | | | | |
| 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 et les signes de danger | |  | | | |
| Démonstration de la pose du condom | |  | | | |
| Dépistage des ITSS | | Préciser : | | | |
| Vérification de l’immunisation contre le VPH et l’hépatite B | | Préciser : | | | |
| 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** | | | | | |
| 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 ou d’échec des approches d’ajustement | | | | Oui | Non |
| Orientation pour insertion de stérilet | | | | Oui | Non |
| Orientation pour stérilet d’urgence | | | | Oui | Non |
| Administration de contraception orale d’urgence  Type de COU remise : | | | | Oui | Non |
| Remise de la prescription de l’infirmière à l’intention du pharmacien  Type de COU prescrite : | | | | Oui | Non |
| Autres : | | | | | |

Planification du suivi

Prochain rendez-vous avec l’infirmière :

Suivi avec un médecin ou une IPS :

Relance téléphonique prévue :

Signature de l’infirmière : Date :