

FORMULAIRE d'évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Coordination des travaux

Suzanne Durand
Directrice
Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ

Groupe de travail

Manon Allard
Infirmière-conseil
Direction du développement et du soutien professionnel, OIIQ

Shirley Lussier
Infirmière clinicienne en milieu scolaire
CSSS du Haut-Saint-Laurent

Renée-Claude Martin
Infirmière clinicienne, Clinique planning et sexualité
CSSS du Cœur-de-l'île

Marie-Josée Richard
Infirmière clinicienne
Présidente de la table de concertation des infirmières en santé
des jeunes (12-18 ans) en milieu secondaire, région Montréal,
CSSS Jeanne-Mance

Consultation

Groupe de médecins experts dans le domaine
sous la direction de D^{re} Édith Guilbert, médecin-conseil
Institut national de santé publique du Québec

Direction des services aux clientèles
et des communications, OIIQ

Coordination

Sylvie Couture, Coordonnatrice des publications
Karine Méthot, Adjointe à la coordonnatrice des publications

Révision linguistique

Françoise Turcotte

Conception et réalisation graphique

Francine Laporte

Distribution

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Centre de documentation
4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : 514 935-5273
cdoc@oiiq.org
www.oiiq.org

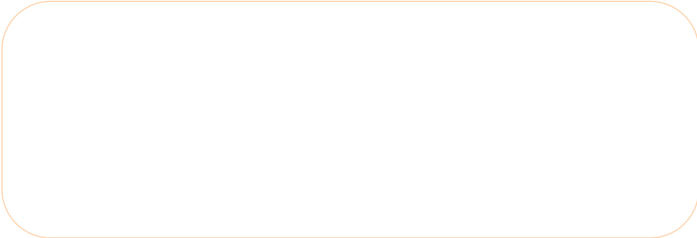
Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007
ISBN-10 : 2-89229-410-X (version PDF)
ISBN-13 : 978-2-89229-410-1 (version PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2007

Note – Conformément à la politique rédactionnelle
de l'OIIQ, le féminin est utilisé seulement pour alléger
la présentation.

Formulaire d'évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale



Consultation

Information supplémentaire

Date de la consultation ____ / ____ / ____ Âge _____

Parent(s) au courant de la démarche oui non S/O

Raison de la consultation _____

numéro d'assurance maladie _____

Prénom Nom _____

jour mois année
date de naissance

Bilan de santé

Antécédents personnels _____

Antécédents gynécologiques _____

Médication en cours _____

Allergies et/ou intolérances _____

Date du dernier examen gynécologique ____ / ____ / ____ Date du dernier test Pap ____ / ____ / ____

G _____ P _____ A _____ spontané DDM _____ Normale oui non
 provoqué

Ménarche _____ Cycle _____ Jours _____ Régulier oui non

Durée des menstruations _____ jours Flux _____ Dysménorrhée _____

Saignement intermenstruel _____

Coïtarche _____ 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 ____ / ____ / ____

Autres informations pertinentes _____

Profil contraceptif

Contraception actuelle _____

Contraceptions antérieures _____

Raisons 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 _____

Drogue, alcool _____

Relation familiale _____

Tabagisme, nombre de cigarettes par jour _____

Violence physique, verbale ou sexuelle _____

Autres _____

Contre-indications de la contraception hormonale dans le cadre de l'ordonnance collective

Contraceptifs oraux combinés

OUI NON

- Grossesse. OUI NON
- < 6 semaines à la suite d'un accouchement, si la femme allaite. OUI NON
- < 21 jours à la suite d'un accouchement, si la femme n'allait pas. OUI NON
- Hypertension artérielle nouvelle (systolique : ≥ 140 mmHg, diastolique : ≥ 90 mmHg) ou hypertension artérielle maîtrisée par une médication. OUI NON
- Antécédent de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie. OUI NON
- Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur). OUI NON
- Cardiopathie ischémique. OUI NON
- Antécédent d'accident vasculaire cérébral. OUI NON
- Cardiopathie valvulaire compliquée. OUI NON
- Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques. OUI NON
- Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel. OUI NON
- Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie. OUI NON
- Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose), affection vésiculaire symptomatique, antécédent de cholestase sous contraception hormonale combinée. OUI NON
- Tumeur hépatique (adénome, hépatome). OUI NON
- Antécédent de pancréatite ou d'hypertriglycéridémie. OUI NON
- Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée. OUI NON
- Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament. OUI NON
- Femmes de plus de 35 ans :
 - qui fument ; OUI NON
 - qui sont obèses (indice de masse corporelle > 30) ; OUI NON
 - qui présentent des migraines de toute nature ; OUI NON
 - qui n'ont pas eu de test Pap au cours des deux dernières années. OUI NON
- Utilisation de médicaments ou de substances pouvant entraver le métabolisme des contraceptifs oraux combinés :
 - anticonvulsivants : carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne ; OUI NON
 - antirétroviraux :
 - ✓ inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir ; OUI NON
 - ✓ inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse : éfavirenz, névirapine ; OUI NON
 - antibiotique : rifampicine ; OUI NON
 - autre : millepertuis. OUI NON

Timbre contraceptif

OUI NON

- Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés. OUI NON
- Femme avec indice de masse corporelle ≥ 30 . OUI NON
- Trouble cutané généralisé. OUI NON

Interventions

- Enseignement de la méthode choisie
 Mode d'action
 Mode d'utilisation
 Conduite en cas d'oubli
- Recommandations concernant le début de la contraception
 Spécifier _____
- Information sur le renouvellement du contraceptif
 Spécifier _____
- Effets secondaires possibles
- Démonstration de la pose du condom
- Information sur le dépistage des ITSS
- Double protection (grossesse-ITSS)
- Évaluation de l'intention d'utiliser la double protection
- Remise de condoms
- Information sur la contraception orale d'urgence
- Ressources de la communauté
- Remise de documentation
 Spécifier _____

Validation de la compréhension

La cliente comprend les conseils donnés et peut les mettre en pratique oui non

Référence pour stérilet d'urgence oui non

Remise du plan B oui non

Remise du formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective signé par l'infirmière oui non

Remise du contraceptif¹ oui non

Autres

1. L'infirmière, qui est en partenariat avec un médecin, peut remettre un échantillon pour évaluer la réponse clinique de la cliente et non pour faire la promotion d'un produit. Voir : Pour des relations professionnelles intègres – Orientations à l'intention des infirmières concernant l'indépendance professionnelle et les conflits d'intérêts, Montréal, OIIQ, 2006.

Planification du suivi

Prochain rendez-vous avec l'infirmière _____

Suivi médical prévu dans un délai maximal de six mois pour l'obtention d'une ordonnance individuelle _____

Relance téléphonique prévue _____

Nom du médecin répondant _____

Signature de l'infirmière _____

Date _____

