

Ne pas utiliser la méthode

Méthode acceptable

CONTRE-INDICATIONS MEDICALES

	Preservatifs	Pillule d'urgence (PCU)	Pillule combinée	Pillule microprogestatif	Injection	Implant	DIU - Hormonal	DIU - Copper	Stérilisation
TA >140/90									
TA >160/100									
Caillots de sang (TVP ou EP)									
Cancer du sein									
Présence d'une infection des voies génitales									
Diabète > 20 ans									
Maladie cardiaque ou AVC									
Maladie hépatique grave									
Migraine avec aura									
Tuberculose pelvienne									
Post-partum < 6 semaines									
Fumeur et age > 35 ans									
Prise de rifampicine ou de rifabutine									
Prise de médicaments contre les convulsions									
TA=Tension artérielle COC = Contraceptif oral combiné PCU = Pilules contraceptives d'urgence TVP = Thrombose veineuse profonde									
DIU = Dispositif intra-utérin EP = Embolie pulmonaire PMP = Pillule micro progestatif									
Autres remarques / Notes de procédure									

DOSSIER MÉDICAL DES SOINS CONTRACEPTIFS



Nom		Adresse	
Sexe	<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin		
Age	Date	Dossier n°	
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET SEXUELS			
Santé générale:		Allergies aux médicaments (Oui/Non)?	
Gestité:	Parité:	Avortements:	Enfants vivants:
Date des dernières règles (ou de l'accouchement ou de l'avortement s'il est plus récent):			
Antécédents sexuels:			
PARAMÈTRES MÉDICAUX (si disponible)			
TA : ____ / ____ Poids: kg Test de grossesse: <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non fait			
ÉTAT DE GROSSESSE			
		OUI	NON
Vos dernières règles ont-elles commencé au cours des 7 derniers jours ?			
Avez-vous eu un avortement ou une fausse couche au cours des 7 derniers jours?			
Avez-vous accouché au cours des 4 dernières semaines?			
Avez-vous utilisé une méthode contraceptive de manière cohérente et correcte ?			
Avez-vous fait une abstinence sexuelle depuis vos dernières règles, votre dernier avortement ou votre dernier accouchement ?			
<small>Si elle répond OUI au moins à UNE de ces questions, il est raisonnablement certain qu'elle n'est PAS enceinte, et elle peut commencer une méthode contraceptive aujourd'hui. Si elle répond NON à TOUTES les questions, son état de grossesse est inconnu. Cependant, si elle le souhaite, elle peut commencer une méthode aujourd'hui après avoir été informée sur la probabilité d'une grossesse précoce (voir les algorithmes de démarrage rapide).</small>			
Basé sur ce qui précède, la patiente est probablement: <input type="checkbox"/> pas enceinte <input type="checkbox"/> INCONNU - Counseling effectué			
SÉLECTION D'UNE MÉTHODE DE CONTRACEPTION			
La personne a choisi la méthode suivante :			
La personne a-t-elle des contre-indications connues à cette méthode (voir le dos de la carte) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
La personne a été renseignée sur la façon d'utiliser la méthode de manière sûre et efficace, sur les risques et les avantages, ainsi que sur les éventuels effets secondaires : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
La personne donne son consentement éclairé, oral et volontaire pour commencer la méthode aujourd'hui: <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Méthode(s) fournie(s) aujourd'hui:			
+ Preservatifs donnés ?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
+ Contraception d'urgence donnée?		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

