



Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

PER INSTALLATION STÉRILET

Date : _____aaaa/mm/jj Référant : _____ Médecin traitant : _____

Date des dernières menstruations : _____aaaa/mm/jj Date de la dernière relation sexuelle non-protégée : _____aaaa/mm/jj

Contraception actuelle : _____ Facteurs de risques ITSS : ☐ Oui ☐ Non, Préciser : _____

Histoire reproductive : ☐ Nullipare ☐ Primipare/Multipare ☐ Risques/contre-indications expliqués ☐ Consentement verbal obtenu

DÉPISTAGE ITSS – RÉSULTATS ET TRAITEMENTS

Dépistage ITSS fait le : _____aaaa/mm/jj ☐ Résultats à venir, Préciser : _____

Chlamydia : ☐ Négatif ☐ Positif, Traitement : _____

Gonorrhée : ☐ Négatif ☐ Positif, Traitement : _____

Culture vaginale : ☐ Non indiquée ☐ Négative ☐ Positive, Traitement : _____

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE ET PRÉLÈVEMENTS

☐ Chlamydia/Gonorrhée : ☐ Vaginal ☐ Cervical ☐ Urinaire

☐ Autres : _____

Test de grossesse : ☐ Urinaire ☐ Sérique

Résultats : ☐ Négatif ☐ Positif

Si risque de grossesse : ☐ COU ☐ Stérilet d'urgence (CLI-60052)

Vulve : _____

Vagin : _____

Col : _____

Position de l'utérus : ☐ Antéfléchi ☐ Médian ☐ Rétrofléchi

Annexes : _____

Commentaires : _____

INTERVENTIONS

Exérèse du stérilet en place, s'il y a lieu, Préciser : _____

Insertion du stérilet

Pré-analgésie : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ibuprofène 200 mg _____ co po (1 h avant) ☐ Autre : _____

Désinfection du col : ☐ Oui ☐ Non ☐ Gluconate de chlorhexidine 0,05 % ☐ Autre : _____

Anesthésie local du col : ☐ Oui ☐ Non ☐ Xylocaïne 2 % ☐ 10 mL (bloc cervical) ☐ 1 mL (point dermique a/n pince à col)

Sédation-analgésie : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

Col sténosé ; dilateurs utilisés : _____ Hystérométrie : _____ cm

Type de stérilet installé

☐ Hormonal, Préciser : _____ ☐ Cuivre, Préciser : _____ Lot # : _____

☐ Autre, Préciser : _____

Intervention bien tolérée par l'usagère : ☐ Oui ☐ Non, Préciser : _____

☐ Échec de procédure, Préciser : _____

Apposer l'étiquette du
stérilet (#lot) ici

ENSEIGNEMENT ET SUIVI

Prescription remise au départ : _____

☐ Usagère avisée que le stérilet peut demeurer en place x _____ an(s)

☐ Usagère avisée de poursuivre contraception actuelle et/ou condom pour 1 semaine (si stérilet hormonal)

Prélèvements à refaire : ☐ B-HCG urinaire ☐ Dépistage ITSS ☐ Conseils de départ expliqués

Suivi dans 4 à 6 semaines par : _____ ☐ Suivi annuel par : _____

Référée à : ☐ Guichet d'accès à un médecin de famille ☐ Autre : _____

Signature du médecin ou de l'IPS : _____ #Permis : _____ Date : _____aaaa/mm/jj