



MOCLI60282

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

DÉPISTAGE VPH – ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE

Se référer au protocole médical national de l'INESSS (#888039)

INFORMATIONS SUR L'USAGER

- ☐ Double identification faite *Si usager inapte*, inscrire les coordonnées de la personne autorisée*
- Âge : _____ ans
- Âgée de 65 ans et plus **ET** 2 cytologies normales consécutives au cours des dix dernières années :
- ☐ Oui → **Fin de l'évaluation, non éligible au dépistage** ☐ Non → **Poursuivre le questionnaire**
- ☐ Immunocompétente ☐ Immunosupprimée
- Téléphone* : _____ Courriel* : _____
- Médecin de famille/IPS : _____
- Sans médecin de famille/IPS : ☐ Référer au Guichet accès à un médecin de famille (GAMF) pour enregistrement.
- ☐ Usager inapte accompagné d'une personne autorisée* : _____ Lien avec usager : _____
- ☐ Usager **inapte non accompagné** d'une personne autorisée → **Non éligible au dépistage.**
- Raison de la consultation : ☐ Évaluation initiale ☐ Suivi : _____ ☐ Autre : _____

CONSENTEMENT

- ☐ Explications données sur les bénéfices, les risques et les implications du dépistage (notamment qu'un résultat de VPH positif pourrait impliquer de subir une colposcopie de confirmation diagnostique)
- ☐ Explications données sur le déroulement de la procédure (examen pelvien et prélèvement)
- ☐ Informations transmises sur les modalités de transmission des résultats
- ☐ Consentement verbal obtenu au dépistage à la suite d'une décision libre et éclairée par l'usagère ou la personne autorisée
- ☐ Si refus → **Ne pas procéder au dépistage**

CONTRE-INDICATIONS

- ☐ Hystérectomie totale (pour affection maligne ou raison inconnue) → **Ne pas procéder au dépistage, référer au médecin/IPS**
- ☐ Suivi pour lésions précancéreuses/cancéreuses du col de l'utérus → **Ne pas procéder au dépistage, référer au médecin/IPS**
- ☐ Utilisation de gel, lubrifiant, douche vaginal ou rapport sexuel au cours des dernières 24 heures et/ou menstruation en cours
→ **Ne pas procéder au dépistage, reporter le rendez-vous.**

CONDITION DE SANTÉ

Histoire de santé et médicamenteuse

Immunosuppression : _____

☐ Traitement de chimiothérapie ou radiothérapie en cours → **Suivi médical/IPS requis postdépistage**

Histoire gynécologique

DDM : aaaa/mm/jj Coïtarce : ☐ Oui ☐ Non Année : aaaa

Enceinte : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas Ménopause : ☐ Oui ☐ Non Année : aaaa

Pap test antérieur : ☐ Oui ☐ Non Résultat : _____ Date : aaaa/mm/jj → Si date inconnue, procéder au dépistage

Test VPH antérieur : ☐ Oui ☐ Non Résultat : _____ Date : aaaa/mm/jj → Si date inconnue, procéder au dépistage

Suivi en colposcopie : ☐ En cours ☐ Dans le passé ☐ S/O Endroit : _____

Raison : _____ Date : aaaa/mm/jj

Comportements sexuels à risque : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____

→ **Envisager dépistage ITSS, selon formulaire en vigueur**

Dépistage ITSS antérieur : ☐ Oui ☐ Non Résultat : _____ Date : aaaa/mm/jj

Vaccination contre le VPH : ☐ Oui ☐ Non Nombre de doses reçues : _____ ☐ Validation faite dans SI-PMI

SIGNES ET SYMPTÔMES QUI EXIGENT UN SUIVI MÉDICAL/IPS POST DÉPISTAGESaignements anormaux : ☐ Postménopause ☐ Intermenstruels persistants et inexpliqués ☐ Postcoïtaux récurrent/persistants☐ Douleurs inexpliquées et persistantes lors de relations sexuelles ☐ Toutes anomalies à l'examen pelvien☐ Pertes vaginales inhabituelles et persistantes → **Envisager dépistage ITSS, selon formulaire en vigueur**☐ Atrophie/sécheresse vaginale empêchant l'insertion du speculum et/ou la visualisation du col

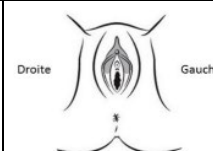
Autres : _____

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE**Étape 1 : Inspection organes génitaux externes**

Vulve : _____

Urètre : _____

Région périnéale : _____

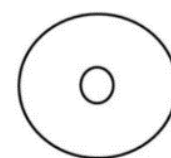
**Étape 2 : Examen à l'aide du spéculum**

Col utérin : _____

Parois vaginales : _____

Aspect des sécrétions vaginales : _____

IMPORTANT : retirer l'excédent de sécrétions à l'aide d'un coton-tige avant de procéder au prélèvement

Déroulement de la procédure : ☐ Sans particularités ☐ Avec particularités Préciser : _____**NOTES COMPLÉMENTAIRES**

INTERVENTIONSPrélèvements effectués au col, à l'endocol et/ou vaginal : ☐ VPH ☐ ITSS ☐ Autres : _____☐ Requête de VPH et/ou cytologie gynécologique rédigée et acheminée au laboratoire☐ Requête de dépistage ITSS rédigée et acheminée au laboratoire, le cas échéant☐ Au besoin remplir et acheminer fiche de liaison au médecin/IPS traitant, joindre copie au dossierFeuillet(s) information(s) remis / enseignement fait : ☐ Vaccination VPH ☐ Dépistage ITSS☐ Dépistage VPH ☐ Informations sur la fréquence des dépistages si VPH non détecté☐ Autre : _____**NOTES COMPLÉMENTAIRES**

Signature de l'infirmière : _____

Date : ____aaaa/mm/jj