



MOCLI60049

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ■ F □ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

ÉVALUATION INFIRMIÈRE CONTRACEPTION - DÉPISTAGE ITSS CHEZ LA FEMME

Se référer au [Protocole de contraception du Québec](#), au [Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang](#) ainsi qu'à la [RSI-6013 Encadrement de la pratique reliée aux ITSS](#) et les OC en vigueur.

IDENTIFICATION	
Raisons de la consultation : ☐ Dépistage ITSS ☐ Contraception ☐ Contraception orale d'urgence (COU) Autre : _____	
Âge : _____ ans Parent(s) au courant de la démarche : ☐ Oui ☐ Non ☐ S/O Occupation : _____	
Accompagnateur présent : ☐ Oui ☐ Non Nom et lien : _____	
Moyen de communication pour divulgation de résultats/suivi : ☐ Courriel ☐ Téléphone ☐ Présentiel ☐ Autre : _____	
Coordonnées : _____	
Médecin/IPS traitant : _____ Coordonnées : _____	
Pays naissance (autre que Canada) : _____ Date d'arrivée : _____ ☐ Première Nation : _____	
CONSENTEMENT	
☐ Explications données sur les bénéfices, les risques et les implications (ex : ITSS positif implique une déclaration MADO)	
☐ Consentement verbal obtenu à la suite d'une décision libre et éclairée	
BILAN DE SANTÉ	
Problème de santé connu : ☐ Oui ☐ Non	
Antécédents médicaux : _____	
Antécédents familiaux : _____	
Immunosuppression : ☐ Oui ☐ Non	Immunisation à jour : ☐ Oui ☐ Non
Allergies et/ou intolérances (lactose) : _____	☐ Validation dans SI-PMI
Antibiotiques dans les 3 derniers mois : ☐ Oui ☐ Non	Prise de médicaments : ☐ Oui ☐ Non
Date de fin traitement : _____	Préciser : _____
Molécule et raison : _____	☐ Formulaire de collecte de données BCM complété
Contraception actuelle : _____	
HISTOIRE GYNÉCOLOGIQUE ET HISTORIQUE ITSS	
Date de la dernière cytologie/VPH : _____ ☐ Normale ☐ Anormale : _____ ☐ S/O	
Date du dernier dépistage ITSS : _____ ☐ Négatif ☐ Positif : _____ ☐ S/O	
Diagnostic antérieur d'ITSS/Infection(s) vaginale(s) confirmé par labo et/ou atteinte inflammatoire pelvienne: Date : _____	
Infection (s) : _____	
Manipulation(s) gynécologique(s) invasive (s) depuis les 4 dernières semaines : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Ménarche : _____ ans	Coïtarche : _____ ans
Grossesse actuelle : ☐ Oui ☐ Non	DDM : _____
Gravida : _____ Para : _____ Aborta : _____	Durée des menstruations : _____ jours
Allaitement : ☐ Oui ☐ Non Durée : _____	Cycle : _____ jours Régulier : ☐ Oui ☐ Non
Saignement inter menstruel : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	Flux : _____
Saignement post-coïtal : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Dysménorrhée durant le cycle : ☐ Oui ☐ Non Si oui, moyens de soulagement : _____	
Relation sexuelle non protégée (RSNP) : ☐ Oui ☐ Non	Date : _____
Risques d'exposition par le sang ☐ S/O	
☐ Milieu de travail (référence à l'urgence)	☐ Receveur de produits sanguins*
☐ Greffe de tissus/Don d'organes*	☐ Partage de matériel (injection/inhalation)
☐ Procédure (chirurgicale ou autre) impliquant l'utilisation de matériel contaminé* : _____	
*Exposition survenue dans un lieu à risque Préciser : _____	

HABITUDES DE VIE

Alimentation : _____		Activité physique : _____	
Tabac :	☐ Oui ☐ Non	Cigarettes/jour : _____	
Vapotage	☐ Oui ☐ Non	Quantité nicotine (mg/jour) : _____	
Drogue	☐ Oui ☐ Non	Type : ☐ Inhalable ☐ Intranasale ☐ Injectable ☐ Per OS ☐ Autres : _____	
	Préciser : _____ Qté et fréquence : _____ Dernière dose : _____		
Alcool	☐ Oui ☐ Non	Type, qté, fréquence : _____	
Caféine	☐ Oui ☐ Non	Préciser : _____ Boisson énergisante : _____	
Sécurité du milieu de vie : ☐ Oui ☐ Non Relation familiale : ☐ S/O Violence : ☐ Physique ☐ Verbale ☐ Sexuelle			
☐ Signalement DPJ ☐ Orientation vers le centre désigné de sa région pour l'intervention médico-légale si moins de 5 jours			
Consultation actuelle via un organisme ou professionnel : _____			
☐ Refus de répondre Préciser : _____			

Notes complémentaires

COLLECTE DE DONNÉES POUR DÉPISTAGE ITSS / CONTRACEPTION☐ S/O

Dépistage : ☐ Nominatif ☐ Non nominatif Préciser : _____	
Nombre de partenaires sexuels dans les 2 derniers mois : _____ Dans la dernière année : _____ À vie : _____	
Pratiques(s) sexuelle(s)	Comportement(s) sexuel(s)
☐ Orales : ☐ Avec condom ☐ Sans condom	☐ Sauna/échangisme
☐ Vaginales : ☐ Avec condom ☐ Sans condom	☐ Internet / application de rencontre ☐ Carcéral
☐ Anales : ☐ Avec condom ☐ Sans condom	☐ Partage de matériel sexuel (jouet) ☐ Voyage : _____
	☐ Lien avec la prostitution (sexe en échange d'argent, etc.)
	Autre : _____
Caractéristiques des partenaires ☐ Sexe féminin ☐ Sexe masculin ☐ Autre : _____	
☐ Anonyme ☐ Originaire d'une région endémique : _____	
☐ HARSAH ☐ Utilisateur de drogue injectable ou par inhalation nasale avec partage de matériel	
☐ Travailleur(euse) du sexe ☐ Partenaire atteint d'une ITSS, préciser : _____	
☐ Milieu carcéral	
Relation(s) sexuelles consentie(s) : ☐ Oui ☐ Non (parfois/jamais) Préciser : _____	
☐ Refus de répondre Préciser : _____	

Notes complémentaires

ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES D'ITSS

Présence de signes et symptômes pouvant suggérer la présence d'une ITSS : ☐ Oui ☐ Non	
☐ Pertes vaginales inhabituelles	☐ Douleur aux organes génitaux/anal
☐ Jaunisse	☐ Lésion aux organes génitaux/anal Préciser : _____
☐ Éruption cutanée	☐ Douleur abdominale ou pelvienne
☐ Fatigue inhabituelle et incapacitante	☐ Dyspareunie profonde
☐ Symptômes grippaux / Fièvre	☐ Troubles urinaires
☐ Douleurs articulaires inhabituelles	☐ Troubles menstruels
☐ Autre : _____	☐ Ganglions palpables Préciser : _____

SOMMAIRE DE L'ÉVALUATION ET INTERVENTIONS DES FACTEURS DE RISQUES ITSS☐ S/O

Facteurs de risques identifiés : ☐ Aucun ☐ Sanguin ☐ Sexuel		☐ Dépistage (voir formulaire en vigueur)
☐ Dépistage asymptomatique selon activités infirmières autorisées		
☐ Dépistage symptomatique selon OC en vigueur		
☐ Remplir et acheminer l'ordonnance à la pharmacie communautaire (Approche syndromique), joindre copie au dossier (si applicable)		
Contre-indication : ☐ Amorce du traitement Référence au médecin/IPS Préciser : _____		
☐ Formulaire de liaison transmis au professionnel habilité, joindre copie au dossier		
☐ Immunisation : administration de vaccins, se référer au formulaire d'immunisation AS-624 et au PIQ		

Notes complémentaires

ÉVALUATION PHYSIQUE

TA : ____/____ mmHg Pouls : ____/min Respiration : ____/min Saturation : ____% Température : ____°C
 Poids : ____ lb Taille : ____ cm IMC : ____ ☐ S/O Préciser : ____
 Test de grossesse : ☐ Oui ☐ Non Date et résultats : ____aaaa/mm/ji ☐ Formulaire EBMD complété

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

☐ S/O

Étape 1 : Inspection et palpation des organes génitaux externes

Vulve : _____

Urètre : _____

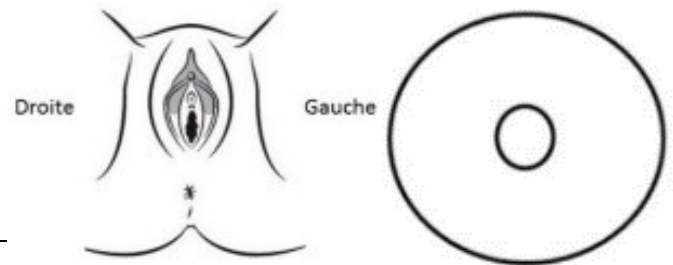
Région périanale/inguinale : _____

Étape 2 : Examen à l'aide du spéculum

Col utérin : _____

Parois vaginales : _____

Aspect des sécrétions vaginales : _____



Étape 3 (PRN) : L'examen bimanuel* est indiqué si :

- ☐ Microrragies pré/postmenstruelles ou saignements postcoïtaux ☐ Exsudat endocervical purulent ou mucopurulent
☐ Facteurs de risque d'atteinte inflammatoire pelvienne ☐ Saignement endocervical induit par un coton-tige (col friable)

*Référence MD/IPS: sensibilité abdominale basse 1/2 annexes OU mobilisation du col utérin OU masses/anomalies structurelles

Autres observations :

ÉVALUATION DU PROFIL CONTRACEPTIF

☐ S/ORaison de la consultation en contraception : ☐ Amorce ☐ Renouvellement ☐ Ajustement

Raisons motivant l'ajustement de contraceptif : _____

Motif(s) d'arrêt : ☐ Insatisfaction ☐ Difficultés d'observance ☐ Effets indésirables /indication de changementContraception(s) antérieure(s)
et raison d'arrêt : _____Contraceptif désiré : ☐ Stérilet ☐ Implant ☐ Injection contraceptive ☐ Pilules ☐ Timbre ☐ Anneau vaginal ☐ CondomPrise de COU : ☐ Levonorgestrel (Plan B) ☐ Acétate d'ulipristal (Ella) ☐ Non Date de la dernière prise : ____aaaa/mm/ji

CONTRE-INDICATIONS RELATIVES OU ABSOLUES À LA CONTRACEPTION HORMONALE

☐ S/O

ATTENTION PARTICULIÈRE aux contre-indications de catégories 3 et 4 stipulées dans le protocole de contraception du Québec.
 VOUS DEVEZ VOUS RÉFÉRER EN TOUT TEMPS AU PROTOCOLE.

En présence d'au moins une contre-indication pour la contraception choisie; l'indiquer au formulaire et référer au MD/IPS.

Contraceptif voulu par l'usagère : _____ Contre-indications à la contraception voulue : ☐ Oui ☐ Non

Inscrire les contre-indications : _____

Méthode de contraception alternative choisie : _____ Contre-indications à la contraception choisie : ☐ Oui ☐ Non

Inscrire les contre-indications si applicable : _____

Notes complémentaires

INTERVENTIONS CONTRACEPTION HORMONALE

☐ S/O☐ Si ajustement, conseils pour le passage d'un contraceptif à un autre Préciser : _____

Contraceptif choisi par l'usagère : _____

☐ Référé au professionnel habilité Préciser : _____☐ Date début: ____aaaa/mm/ji Suivi : ____aaaa/mm/ji ☐ Contraception d'appoint (condom) x 7 jours☐ Enseignement de la méthode de contraception choisie ☐ Conduite en cas d'oubli ☐ Quand consulter☐ Effets indésirables possibles et risques de complications ☐ Information sur le renouvellement du contraceptif☐ Prescription/formulaire de liaison transmis au professionnel habilité, joindre copie au dossier**OU**☐ Prescription remise à l'usagère, joindre copie au dossier

Notes complémentaires

CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE (COU)		☐ S/O
Raison de la demande :		
☐ Aucune contraception	☐ Erreur ou problème à l'utilisation d'un contraceptif	
☐ Glissement, rupture ou fuite d'un condom ou problème avec une méthode barrière	☐ Mauvais calcul de la période fertile ou l'utilisation de méthodes naturelles	
☐ Vomissements d'un comprimé de COU en moins de 3 heures après la prise et non repris	☐ Autres : _____	
Interventions/counseling COU		
DDM : <u>aaaa/mm/ij</u> Nb d'heures depuis RSNP : ☐ ≤ 72h ☐ > 72 h et ≤ 120 h ☐ ≤ 7 jrs	Signes et symptômes de grossesse : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____	
Contre-indications COU : ☐ Oui ☐ Non : ☐ Grossesse ☐ Hypersensibilité ☐ Prise de contraceptif derniers 7 jours, pour COU à base d'Acétate d'ulipristal ☐ Autre(s) : _____		
Enseignement de la COU : ☐ But ☐ Composition/effets secondaires ☐ Taux d'efficacité ☐ Procédure si nausées/vomissements ☐ Test de grossesse de contrôle si absence de menstruation 3 à 4 semaines post prise de la COU Date de la prochaine menstruation prévue : <u>aaaa/mm/ij</u>		
Prescription infirmière : ☐ Stérilet de cuivre ☐ Lévonorgestrel (Plan B) 1,5mg ☐ Acétate d'ulipristal (Ella) 30mg		
☐ Prescription/formulaire de liaison transmis au professionnel habilité, joindre copie au dossier		
OU		
☐ Prescription remise à l'usagère, joindre copie au dossier		
Amorce ou reprise de la contraception hormonale suite à la COU : ☐ Lévonorgestrel (Plan B): le jour même et contraception d'appoint pour 7 jours ☐ Acétate d'ulipristal (Ella): au 6 ^e jour après la prise et contraception d'appoint pour 21 jours après la RSNP		
Dirigée vers médecin / IPS : ☐ Oui ☐ Non Préciser : _____		
Notes complémentaires		

INTERVENTIONS GÉNÉRALES / ENSEIGNEMENT	
☐ Comportements sexuels sécuritaires	☐ Démonstration de la pose du condom ☐ Remise de condoms ☐ Utilisation systématique du condom
☐ ITSS : modes de transmission et dépistage	
☐ Double protection (grossesse – ITSS) ☐ Évaluation de l'intention d'utiliser la double protection : _____	
☐ Counseling sur les habitudes de vie Préciser : _____	
☐ Remise de matériel stérile pour prévenir les ITSS liés aux injections (naloxone), selon procédure en vigueur	
☐ Remise de documentation, ressources communautaire : _____	
☐ Sites internet: _____	
☐ L'usagère comprend les conseils donnés et peut les mettre en pratique : ☐ Oui ☐ Non	
Notes complémentaires	

PLANIFICATION DU SUIVI	
☐ Modalités assurant la confidentialité de la déclaration obligatoire (MADO)	☐ Référée pour RDV vaccination
☐ Importance de la notification aux partenaires en présence d'une ITSS positive	
Rendez-vous planifié (au besoin) : _____	
☐ CLSC : _____	☐ Suivi avec médecin ou IPS prévu : _____
☐ Relance téléphonique (au besoin) : _____	☐ École : _____
☐ Autre : _____	

Signature de l'infirmière : _____ #permis : _____ Date : aaaa-mm-ij