

Installation : _____

SUIVI DE LA CONTRACEPTION

Dossier : _____

NAM : _____

Nom, prénom _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____ ☐ F ☐ M
année mois jour

Nom de la mère : _____

Nom du père : _____

Adresse : _____ Adresse/Ville/Province/Code postal

Contraception actuelle : _____

Initiée le : _____ aaaa-mm-jj

Médecin traitant : _____

Pharmacie : _____

T.A. de départ si disponible : _____

ÉVALUATION DE LA MÉTHODE CONTRACEPTIVE	OUI	NON
La femme est-elle satisfaite de sa méthode contraceptive :	☐	☐
Signes de danger (Si oui, diriger vers un médecin ou l'infirmière praticienne)	OUI	NON
Douleur abdominale sévère :	☐	☐
Douleur thoracique :	☐	☐
Céphalée sévère :	☐	☐
Problème de vision (perte de vision, vision embrouillée latéralisée ou non) :	☐	☐
Trouble du langage :	☐	☐
Douleur importante dans un membre inférieur (cuisse ou mollet) :	☐	☐
Effets indésirables mineurs de la méthode contraceptive	OUI	NON
Acné :	☐	☐
Saignements irréguliers / spotting :	☐	☐
Leucorrhée abondante :	☐	☐
Changement de l'humeur :	☐	☐
Diminution de la libido :	☐	☐
Gain ou perte de poids :	☐	☐
Mastalgie / gonflement des seins :	☐	☐
Ménorragie / saignements abondants :	☐	☐
Aménorrhée :	☐	☐
Dysménorrhée :	☐	☐
Nausées, vomissements :	☐	☐
Céphalée de retrait :	☐	☐
Autre(s) effet(s) secondaire(s) observé(s) :	☐	☐

Dossier : _____

PLANIFICATION DU SUIVI