

Protocole pour la remise de la contraception d'urgence orale

Cette partie peut être remplie par la cliente

1. Date de naissance: (jj.mm.aaaa)

Veillez indiquer au dos de la feuille le nom, le prénom et l'adresse
Les informations sont strictement confidentielles

2. Pourquoi avez-vous besoin de la "pilule du lendemain"?

Oubli de la pilule Nom de la pilule: _____ Nombre de comprimés oubliés:

Dernière prise il y a: heures Numéro du comprimé oublié (1-28):

Préservatif déchiré Pas de contraception Autre motif: _____

3. Nombre d'heures écoulées depuis le dernier rapport sexuel non protégé: heures

4. Début des dernières règles: (jj.mm.aaaa) Ne sait pas

5. Les dernières règles étaient-elles différentes que d'habitude (moins abondantes, plus courtes, etc.)? oui non

6. Avez-vous eu d'autres rapports sexuels non protégés depuis les dernières règles? oui non

7. Avez-vous eu par le passé une grossesse extra-utérine / une inflammation des trompes ou souffrez-vous d'autres problèmes médicaux? Lesquels? _____ oui non

8. Prenez-vous des médicaments en ce moment? Lesquels? _____ oui non

9. Êtes-vous allergique à certains médicaments? Lesquels? _____ oui non

10. Allaitiez-vous actuellement? oui non

11. Depuis vos dernières règles, avez-vous déjà pris la "pilule du lendemain"? oui non

Si oui, laquelle? NorLevo® ou générique ellaOne®

Sujets de conseil

12. La contraception d'urgence a-t-elle déjà été prise par le passé? oui non
Si oui, comment a-t-elle été tolérée? _____

13. Méthode de contraception actuelle:

Aucune Préservatif Pilule NuvaRing® ou Evra® patch

Stérilet Méthodes naturelles Autre: _____

14. Informé sur les possibilités de contraception? oui non

15. Informé sur les risques d'infections sexuellement transmissibles (IST)? oui non

16. Informé sur l'utilité de contrôles gynécologiques réguliers? oui non

A remplir par le/la pharmacien/ne

17. Si un test de grossesse est nécessaire, résultat: positif négatif

18. Informé sur la contraception pour les jours suivants? oui non

19. Informé sur la procédure lors de vomissements ou absence de règles? oui non

20. La cliente est-elle capable de discernement? oui non

(A évaluer et documenter au dos de la feuille, particulièrement chez les jeunes <16 ans)

21. Contraception d'urgence délivrée? oui non

Si oui, laquelle? NorLevo® ou générique ellaOne®

Si oui, prise sur place? oui non

Si non délivrée, pour quel motif? _____

22. La cliente a-t-elle été adressée à un médecin ou à un centre de planning familial? oui non

Si oui, à qui? Motif? _____

23. Remise d'informations écrites (sur la contraception d'urgence, les IST, la contraception, etc.) oui non

24. Suivi / autres remarques (à noter au verso): oui non

Signature du/de la pharmacien/ne

Date: (jj.mm.aaaa) Heure: h

8799



Nom	
Prénom	
Adresse	

Evaluation de la capacité de discernement:

Seules les patientes capables de discernement peuvent conclure un contrat de soins.

La capacité de discernement est supposée à partir de l'âge de 16 ans pour les interventions sans gravité.

Chez les patientes de <16 ans, elle doit être appréciée individuellement par le professionnel de la santé.

(cf. pharmaJournal 2013 ; 151 (10) : 11-17)

Questions utiles pour évaluer la capacité de discernement:

<input type="checkbox"/> La femme sait-elle ce qu'elle veut et est-elle capable d'exprimer sa propre volonté?
<input type="checkbox"/> A-t-elle la maturité intellectuelle et cognitive de son âge ?
<input type="checkbox"/> A-t-elle compris les informations relatives au «diagnostic», au traitement prévu et aux risques inhérents?
<input type="checkbox"/> Est-elle en mesure d'évaluer les avantages et les risques du traitement puis d'envisager d'éventuelles alternatives?
<input type="checkbox"/> Peut-elle reconnaître les particularités de sa situation et les intégrer dans sa décision?

Commentaires / Evaluation du professionnel de la santé: