

INSERTION D'UN DIU/SIU : ANAMNÈSE SIMPLIFIÉE DE LA PATIENTE

Quel âge avez-vous?

_____ ans

Avez-vous déjà été enceinte?

☐ Oui ☐ Non

Combien d'enfants avez-vous, le cas échéant?

Combien de fausses couches avez-vous eues, le cas échéant?

Combien d'avortements avez-vous eus, le cas échéant?

Combien de grossesses ectopiques avez-vous eues, le cas échéant?

Avez-vous déjà eu une césarienne?

☐ Oui ☐ Non

Quelle est la date de vos dernières règles (premier jour)?

____/____/____
Jour/mois/année

Étaient-ce des règles normales pour vous?

☐ Oui ☐ Non

Combien de temps dure votre cycle menstruel en général (du premier jour des menstruations au premier jour des menstruations du cycle suivant)?

_____ jours

Pour une insertion post-partum : Quelle est la date de votre dernier accouchement?

____/____/____
Jour/mois/année

Pour une insertion post-partum : Est-ce que vous allaitez?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu des relations sexuelles depuis vos dernières règles ou au cours du dernier mois?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous systématiquement utilisé (toutes les fois sans en oublier une seule) des condoms ou une méthode de contraception efficace (p. ex. la pilule) depuis vos dernières règles ou au cours du dernier mois?

☐ Oui ☐ Non

Quelle est la date de votre dernière relation sexuelle?

____/____/____
Jour/mois/année

Si vous utilisez déjà un dispositif intra-utérin, de quel type s'agit-il?

☐ Cuivre ☐ Mirena
☐ Jaydess ☐ Autre
☐ Sans objet

Depuis combien d'années votre ancien DIU est-il en place?

Quelle méthode de contraception utilisez-vous actuellement, le cas échéant?

Avez-vous eu une infection de l'utérus ou des trompes de Fallope au cours des 3 derniers mois? (Une vaginite n'empêche pas l'insertion.)

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu des saignements vaginaux entre vos règles ou un cycle menstruel de courte durée (moins de 21 jours entre vos menstruations) au cours de la dernière année?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous étiez atteinte d'un cancer du col de l'utérus?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà été traitée pour une lésion cervicale précancéreuse?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous étiez atteinte d'un cancer de l'endomètre (cancer de l'intérieur de l'utérus)?

☐ Oui ☐ Non

À votre connaissance, votre utérus a-t-il une forme normale?

☐ Normale ☐ Anormale

☐ Je ne sais pas

Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous présentiez un fibrome?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce qu'un médecin vous a déjà dit que vous aviez un cancer du sein?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous déjà eu une infection transmissible sexuellement (ITS)?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez énumérer les infections et l'année de leur apparition :

Avez-vous reçu un traitement pour cette ou ces ITS?

☐ Oui ☐ Non

À quand remonte le dernier traitement que vous avez reçu pour une ITS?
(Indiquez l'année)

Avez-vous subi un test de dépistage de la chlamydia et de la gonorrhée au cours des 2 derniers mois?

☐ Oui ☐ Non

Combien de partenaires sexuels avez-vous eus au cours de la dernière année?

Combien de partenaires sexuels avez-vous eus au cours des 2 derniers mois?

Prenez-vous des médicaments sur une base régulière?

☐ Oui ☐ Non

Quels médicaments prenez-vous?

Avez-vous des allergies aux médicaments ou au cuivre?

☐ Oui ☐ Non

À quels médicaments êtes-vous allergique?

Avez-vous besoin de Mirena® pour une autre raison que la contraception?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, quelle est cette raison?

Nous vous remercions d'avoir répondu à ce questionnaire. Veuillez noter que vous devrez voir à nouveau votre médecin, votre infirmière praticienne ou le médecin de cette clinique dans 6 à 12 semaines afin qu'il ou elle vérifie le bon positionnement du DIU ou du SIU dans l'utérus. Le risque d'expulsion d'un DIU ou d'un SIU est plus élevé au cours du mois suivant l'insertion. Nous vous suggérons donc d'utiliser des condoms lors de chacune de vos relations sexuelles jusqu'à cette prochaine visite. Cela vous permettra d'être bien protégée contre toute grossesse non désirée.

Date : ____/____/____ Votre signature :
JJ/MM/AAAA

Date : ____/____/____ Signature du médecin :
JJ/MM/AAAA

Adaptation d'un document de l'Institut national de santé publique du Québec.

**INSERTION D'UN DISPOSITIF OU SYSTÈME INTRA-UTÉRIN – RAPPORT DU PROFESSIONNEL
DE LA SANTÉ**

LISTE DE VÉRIFICATION :

Patiente non enceinte selon l'anamnèse : ☐ Oui ☐ Non
Test de grossesse effectué aujourd'hui : ☐ Négatif ☐ Positif ☐ Non effectué
Formulaire de consentement signé : ☐ Oui ☐ Non

EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE :

Vulve (signes/symptômes d'ITS) :

Vagin : _____

Col de l'utérus (test Pap et écouvillonnage, le cas échéant) :

Examen bimanuel : Utérus (antéversé/rétroversé, masses) : _____

Annexe (masses) : _____

Retrait de DIU/SIU : ☐ Oui ☐ Non Détails : _____

Type de DIU/SIU retiré : ☐ Mirena ☐ Jaydess ☐ Autre ☐ Cuivre, veuillez préciser :

INSERTION

Nettoyage du col de l'utérus : ☐ Oui ☐ Non Détails : Chlorhexidine x 2-3

Anesthésie du col de l'utérus : ☐ Oui ☐ Non Détails : Xylocaïne à 1 % – dose : ____ mL;
endroit : _____

Profondeur de la cavité utérine à l'hystérométrie : ____ cm

Type de DIU/SIU inséré : ☐ Mirena ☐ Jaydess ☐ Autre ☐ Cuivre (type) : _____
Lot : _____ Date limite d'insertion : ____/____/____
Jour/mois/année

Fils coupés à ____ cm de l'orifice externe du col utérin

Tolérance de l'intervention par la patiente (bonne, réaction vasovagale légère ou modérée, etc.) :

Effets indésirables : ☐ Oui ☐ Non Détails :

DIAGNOSTIC : Retrait de DIU/SIU ☐ Oui ☐ Non
Insertion de DIU/SIU ☐ Oui ☐ Non

PRISE EN CHARGE : Dépistage de la chlamydia/gonorrhée ☐ Effectué aujourd'hui ☐ Non effectué

☐ Dans le dossier médical

Échographie (si insertion difficile) ☐ Oui ☐ Non

Visite de suivi de 6 à 12 semaines plus tard. Utilisation d'un condom lors de chaque relation sexuelle d'ici la prochaine visite.

Date : ____/____/____

Signature : _____

Jour/mois/année