

INSERTION D'UN STÉRILET : HISTOIRE MÉDICALE

QUESTIONS

Quel âge avez-vous?

Avez-vous déjà été enceinte?

Combien avez-vous eu d'enfants?

Combien avez-vous eu de fausses-couches?

Combien avez-vous eu d'avortements?

Combien avez-vous eu de grossesses ectopiques?

Avez-vous déjà eu une césarienne?

Quelle est la date du début de votre dernière menstruation?

Votre dernière menstruation était-elle normale?

Quelle est la longueur habituelle de votre cycle menstruel (compter le nombre de jours du début d'une menstruation au début de la suivante)?

Si insertion d'un stérilet postpartum, quelle est la date de votre dernier accouchement?

Si insertion d'un stérilet postpartum, est-ce que vous allaitez?

Avez-vous eu des relations sexuelles depuis votre dernière menstruation ou dans le mois précédant cette consultation?

Utilisez-vous le condom à chaque relation sexuelle ou une méthode contraceptive efficace (pilule, timbre, anneau, injection ou stérilet) depuis votre dernière menstruation ou durant le mois précédant cette consultation?

Quelle est la date de votre dernière relation sexuelle?

Si vous portez un stérilet, de quel stérilet s'agit-il?

Depuis quand portez-vous ce stérilet? (indiquez l'année)

Quelle méthode contraceptive utilisez-vous actuellement?

Avez-vous fait une infection de l'utérus et des trompes durant les trois derniers mois?

RÉPONSES

_____ ans

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

Année\mois\jour

☐ Oui ☐ Non

_____ jours

Année\mois\jour

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

Année\mois\jour

☐ Cuivre ☐ Mirena
☐ Jaydess ☐ Autre
☐ Ne s'applique pas

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous eu des saignements entre vos menstruations ou des menstruations très rapprochées (moins de 21 jours entre chaque menstruation) durant la dernière année?	☐ Oui	☐ Non
Un médecin vous a-t-il/elle déjà diagnostiqué un cancer du col de l'utérus?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous déjà eu un traitement au laser ou autre au niveau du col de l'utérus?	☐ Oui	☐ Non
Un médecin vous a-t-il/elle déjà diagnostiqué un cancer de l'endomètre (intérieur de l'utérus)?	☐ Oui	☐ Non
À votre connaissance, votre utérus est-il normal?	☐ Normale	☐ Anormale
	☐ Je ne sais pas	
Un médecin vous a-t-il/elle déjà dit que vous aviez un fibrome?		
Un médecin vous a-t-il/elle déjà diagnostiqué un cancer du sein?	☐ Oui	☐ Non
Avez-vous déjà eu une infection transmissible sexuellement (ITS)?	☐ Oui	☐ Non
Quelle-s ITS avez-vous déjà eue-s?	_____	

Avez-vous été traitée pour cette ou ces ITS?	☐ Oui	☐ Non
Quand était le dernier traitement d'ITS que vous avez reçu? (indiquez l'année)	_____	
Vous a-t-on fait un dépistage de Chlamydia et de gonorrhée durant les deux derniers mois?	☐ Oui	☐ Non
Combien de partenaires sexuels avez-vous eu durant la dernière année?	_____	
Combien de partenaires sexuels avez-vous eu durant les 2 derniers mois?	_____	
Prenez-vous des médicaments sur une base régulière?	☐ Oui	☐ Non
Quels sont ces médicaments?	_____	

Êtes-vous allergique à des médicaments ou au cuivre?	☐ Oui	☐ Non
Quels sont les médicaments auxquels vous êtes allergique?	_____	

Désirez-vous la pose d'un Mirena® pour une autre raison que la contraception?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, pour quelle raison?	_____	

Nous vous remercions d'avoir répondu à ces questions. Prenez note que qu'il vous faudra revoir le médecin ou l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, 6-12 semaines après la pose du stérilet afin de vous assurer qu'il est bien en place et qu'il est efficace. Le risque d'expulsion de stérilet est plus élevé dans le mois qui suit la pose. D'ici cette prochaine visite, nous vous suggérons d'utiliser le condom à chaque relation sexuelle afin d'être bien protégée contre les grossesses non planifiées.

La date d'aujourd'hui: ____/____/____ Votre signature : _____
 Année/mois/jour

La date d'aujourd'hui: ____/____/____
Année/mois/jour

Signature du médecin : _____