



## Outil d'évaluation

Renseignements sur la personne		
Nom :	Taille :	Tension artérielle :
Âge :	Poids :	
Date de naissance :	Indice de masse corporelle (IMC) :	
Antécédents médicaux		
1. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de cancer du sein?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui, référer la personne
2. Avez-vous déjà eu un accident vasculaire cérébral ou des problèmes cardiaques?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
3. Avez-vous déjà eu un caillot de sang dans la jambe ou les poumons?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
4. Avez-vous un trouble de la coagulation?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
5. Souffrez-vous de l'une des affections suivantes? Cocher toutes les cases qui s'appliquent : <input type="checkbox"/> Migraine avec aura (engourdissements, picotements, faiblesse, changements visuels avant ou pendant la migraine) <input type="checkbox"/> Problèmes hépatiques <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle $\geq 140/90$ mmHg <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Diabète avec complications microvasculaires <input type="checkbox"/> Hypertension artérielle non maîtrisée (tension systolique $> 160$ mmHg ou tension diastolique $> 100$ mmHg) <input type="checkbox"/> Saignement utérin vaginal anormal non diagnostiqué		Référer, si applicable
6. Avez-vous déjà subi une opération pour perdre du poids?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Antécédents menstruels		
7. Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?	jj/mm/aaaa	
8. Comment décririez-vous vos règles?	<input type="radio"/> Régulières <input type="radio"/> Irrégulières	
9. Si vos règles sont irrégulières, quelle est la période la plus longue pendant laquelle vous n'avez pas eu de règles?		
10. Combien de jours en moyenne durent vos règles?		
11. Comment décririez-vous l'écoulement de vos règles?	<input type="radio"/> Important <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Léger	
Histoire sociale		
<i>Envisager d'autres options que les contraceptifs oraux combinés si la personne a plus de 35 ans et fume <math>\geq 15</math> cigarettes par jour.</i>		
12. Fumez-vous actuellement des cigarettes?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
13. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?	<input type="radio"/> $< 15$ <input type="radio"/> $\geq 15$	
Possibilité de grossesse et d'allaitement		
<i>Il est préférable d'utiliser des options à progestatif seul pendant l'allaitement, car les œstrogènes peuvent réduire la production de lait.</i>		
14. Avez-vous accouché au cours des 42 derniers jours?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Après l'accouchement, s'il n'y a pas d'autres risques, les options contenant un progestatif seul sont sûres.
15. Allaitiez-vous actuellement?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	En cas d'allaitement, un délai de 6 semaines est nécessaire avant de prescrire l'un des contraceptifs oraux combinés.

Contribution financière :

Intention de grossesse future	
16. Quand souhaitez-vous être enceinte, le cas échéant?	<input type="radio"/> < 1 an <input type="radio"/> 1-2 ans <input type="radio"/> 3-4 ans <input type="radio"/> 5-10 ans <input type="radio"/> Jamais
17. Dans quelle mesure est-il important pour vous de ne pas tomber enceinte d'ici là?	<input type="radio"/> Très important <input type="radio"/> Important <input type="radio"/> Peu important
Expériences et préférences en matière de contraception	
<i>Si un DIU, un SIU ou un implant est l'option préférée et appropriée, consultez votre prestataire de soins de santé.</i>	
18. Avez-vous déjà utilisé un moyen de contraception dans le passé?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
19. Si oui, quelles options avez-vous utilisées? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :	<input type="radio"/> Pilule orale combinée <input type="radio"/> Condoms <input type="radio"/> Contraception d'urgence <input type="radio"/> Implant <input type="radio"/> Injection <input type="radio"/> DIU/SIU <input type="radio"/> Timbre <input type="radio"/> Pilule progestative <input type="radio"/> Anneau vaginal
20. Avez-vous eu des effets secondaires à la suite de l'utilisation de contraceptifs?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
21. Si oui, quels sont les effets secondaires que vous avez ressentis?	
22. Utilisez-vous actuellement un moyen de contraception?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
23. Si oui, indiquez la méthode que vous utilisez :	
24. Quelles sont les méthodes que vous préférez?	
Interactions médicamenteuses	
25. Prenez-vous des médicaments contre les crises d'épilepsie?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non    Si oui, indiquez quels sont les médicaments que vous prenez :
26. Prenez-vous des médicaments pour traiter la tuberculose?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
27. Prenez-vous des médicaments pour traiter les infections fongiques?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
28. Prenez-vous des médicaments contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Adhésion	
29. Quelle stratégie pourrait vous aider à améliorer votre adhésion au traitement?	<input type="radio"/> Alarme ou rappels sur votre téléphone <input type="radio"/> Associer le moment de la prise de contraception à un rituel quotidien/hebdomadaire (par exemple, après le brossage des dents).
Commentaires supplémentaires	

Contribution financière :