

# CONTRACEPTION HORMONALE

## FORMULAIRE DE LIAISON

Note : Ce formulaire est en lien avec l'ordonnance collective et le protocole de soins - 44 du CSSS de Portneuf et de l'ordonnance collective des pharmacies communautaires - 02

Date : \_\_\_\_\_ # RAMQ : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° de dossier/CSSS de Portneuf : \_\_\_\_\_

J'ai procédé à l'évaluation de la personne dont le nom figure ci-dessus. Elle est une candidate à la prise de contraceptifs hormonaux de 50 mg et moins. Elle ne présente aucune contre-indication énoncée dans l'ordonnance collective 44 du CSSS de Portneuf.

Cette personne a reçu l'enseignement relatif à l'utilisation du contraceptif indiqué ci-dessous :

- Présentation 21 comprimés Ren. X \_\_\_\_\_ (maximum 11 fois)  
 Présentation 28 comprimés Ren. X \_\_\_\_\_ (maximum 11 fois)  
 Présentation 91 comprimés Ren. X \_\_\_\_\_ (maximum 3 fois)

Monophasiques	Multiphasiques	
<input type="checkbox"/> Alesse <sup>MD</sup> / Aviane <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> Minestrin <sup>MD</sup> 1/20	<input type="checkbox"/> Linessa <sup>MD</sup>
<input type="checkbox"/> Brevicon <sup>MD</sup> 0,5/35 / Ortho <sup>MD</sup> 0,5/35	<input type="checkbox"/> Min-Ovra <sup>MD</sup> / Portia <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> Ortho <sup>MD</sup> 7/7/7
<input type="checkbox"/> Brevicon <sup>MD</sup> 1/35 / Ortho <sup>MD</sup> 1/35 / Select <sup>MD</sup> 1/35	<input type="checkbox"/> Yaz <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> Synphasic <sup>MD</sup>
<input type="checkbox"/> Cyclen <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> Seasonale <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> Try-Cyclen <sup>MD</sup>
<input type="checkbox"/> Demulen <sup>MD</sup> 30	<input type="checkbox"/> Seasonique <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> Tri-Cyclen Lo <sup>MD</sup>
<input type="checkbox"/> Loestrin <sup>MD</sup> 1,5/30	<input type="checkbox"/> Yasmin <sup>MD</sup>	<input type="checkbox"/> Triquilar <sup>MD</sup>
<input type="checkbox"/> Marvelon <sup>MD</sup> / Apri <sup>MD</sup> / Ortho-Cept <sup>MD</sup>		<input type="checkbox"/> Lolo <sup>MD</sup>

- Timbre contraceptif EVRA Ren. X \_\_\_\_\_ (maximum 11 fois)  
 Anneau vaginal contraceptif NUVARING Ren. X \_\_\_\_\_ (maximum 11 fois)  
 Contraception orale à progestatif seul MICRONOR Ren. X \_\_\_\_\_ (maximum 11 fois)  
 Injection contraceptive DEPO-PROVERA/  
Suspension injectable d'acétate de médroxyprogestérone Ren. X \_\_\_\_\_ (maximum 3 fois)

Nom et prénom de l'infirmière \_\_\_\_\_ Signature de l'infirmière \_\_\_\_\_

No de permis de l'OIIQ : \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

Nom du médecin répondant : \_\_\_\_\_

No de permis : \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ poste \_\_\_\_\_

**N.B. :** Ce formulaire doit être complété par l'infirmière et remis à la cliente pour qu'elle le donne au pharmacien. Une copie doit être placée au dossier de la cliente tel que précisé au protocole de soins P.S. 44 - contraception hormonale.

<input type="checkbox"/> CLSC Donnacona 400, route 138 Donnacona (Québec) G3M 1C3	<input type="checkbox"/> CLSC Pont-Rouge 3, rue du Jardin Pont-Rouge (Québec) G3H 0A8 Téléphone : 418 873-6062	<input type="checkbox"/> CLSC Saint-Marc-des-Carières 1045, boulevard Bona-Dussault Saint-Marc-des-Carières (Québec) G0A 4B0 Téléphone : 418 268-3571	<input type="checkbox"/> CLSC Saint-Raymond 700, rue Saint-Cyrille Saint-Raymond (Québec) G3L 1W1 Téléphone : 418 337-4611
---	---	---	---