

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

- 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
---	---	---	---