



Clinique jeunesse



Québec 

Coordination des travaux

Serge Asselin coordonnateur des services courants, Direction des soins infirmiers
Annie Dion coordonnatrice des services de santé physique et mentale, spécifiques et spécialisés aux jeunes, Direction du programme jeunesse

Rédaction principale

Marie-Josée Pépin chef des services de santé et de prévention-promotion, Direction de programme jeunesse
Sarah Raymond agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique

Collaboration à la rédaction

Lalie Bélanger-Dion agente de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique
Louis-Philippe Grenier médecin
Lucie Guibord assistante au supérieur immédiat, Direction du programme jeunesse (retraitée)
Silvio Manfredi coordonnateur de la promotion-prévention et du développement des communautés, Direction de santé publique
Guylaine Veilleux infirmière clinicienne, Direction du programme jeunesse et Collège Montmorency

Collège Montmorency :

Dominique Alarie directrice adjointe aux affaires étudiantes et à la communauté

Comité de travail

Sylvain Bianki médecin
Guy Bibeau coordonnateur services de 1^{re} ligne et services ambulatoires et spécialisés, Direction du programme santé mentale et dépendance
Louis-Philippe Grenier
Lucie Guibord
Marie-Josée Pépin
Sarah Raymond
Guylaine Veilleux

Collège Montmorency :

Dominique Alarie

Révision

Hélène Major

Conception visuelle et révision

Suzanne Francoeur

Édition :

Le Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval et le Collège Montmorency

Ce document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et de l'éducation et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.lavalensante.com section Documentation, rubrique Publications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal – 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN 978-2-550-74143-5 (version PDF)

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

Table des matières

PRÉAMBULE 1

OBJECTIFS..... 2

CLINIQUE JEUNESSE 3

1. Le personnel infirmier : sa pratique et son rôle..... 5

2. Le médecin : sa pratique et son rôle..... 8

3. Rôles et responsabilités des professionnels..... 11

4. Procédure pour la prise de rendez-vous..... 13

ANNEXES : Trajectoires

Annexe I	Trajectoire type d'un jeune.....	17
Annexe II	Trajectoire santé mentale jeunesse	19
Annexe III	Trajectoire santé mentale adulte	21
Annexe IV	Trajectoire dépendance jeunesse	23
Annexe V	Trajectoire dépendance adulte.....	25
Annexe VI	Trajectoire suicide jeune	27
Annexe VII	Trajectoire suicide adulte	29
Annexe VIII	Offre de service Saines habitudes de vie.....	31
Annexe IX	Trajectoire ITSS symptomatique	33

ANNEXES : Formulaires

Annexe X	Engagement et consentement aux services psychosociaux et de santé	37
Annexe XI	Autorisation de communiquer des renseignements	39
Annexe XII	Fiche d'inscription Saines habitudes de vie	41
Annexe XIII	Fiche de référence clinique planning – ITSS	43
Annexe XIV	Formulaire de demande pour consultation santé	45
Annexe XV	Formulaire de demande pour consultation psychosociale	47
Annexe XVI	Critères à considérer pour inscription à Alcochoix+	49
Annexe XVII	Évaluation et suivi ITSS / Contraception	51
Annexe XVIII	Initiation à la contraception hormonale et stérilet	53
Annexe XIX	Contraception orale d'urgence – Évaluation du personnel infirmier	61

ANNEXES : Outils de détection

Annexe XX	DEP-ADO.....	65
Annexe XXI	DÉBA - Alcool	69
Annexe XXII	DÉBA-Drogues	71
Annexe XXIII	DÉBA - Jeu	73
Annexe XXIV	Questionnaire sur la santé du patient - 9 (PHQ-9)	75

Liste des tableaux

Tableau 1 Services dispensés par le personnel infirmier à la clinique jeunesse

6

Tableau 2 Interventions complémentaires réalisées par le personnel infirmier

8

Tableau 3 Services dispensés par le médecin à la clinique jeunesse

9

Liste des acronymes et sigles

CISSS	Centre intégré de santé et des services sociaux
CLSC	Centre local des services communautaires
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
SSR	Sexualité saine et responsable
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
QSP9	Questionnaire sur la santé du patient - 9 (PHQ-9)
DEP-ADO	Grille de dépistage de la consommation problématique chez les adolescents et adolescentes
DEBA-Drogues	Dépistage/évaluation du besoin d'aide-drogues
DEBA-Alcool	Dépistage/évaluation du besoin d'aide-alcool
DÉBA-Jeu	Dépistage/évaluation du besoin d'aide-jeu

Préambule

Depuis 2008, dans le cadre de son plan d'action régional (PAR) en santé publique, la région de Laval soulignait l'importance d'améliorer l'accès à des cliniques d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) pour l'ensemble des jeunes adultes de son territoire. Conséquemment, Laval souhaitait implanter des cliniques jeunesse dans les écoles secondaires où le nombre d'élèves est important ou qui sont géographiquement éloignées des services offerts par le réseau public.

En 2013-2014, le Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSS de Laval) et la Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, en collaboration avec divers partenaires, ont défini un modèle de clinique jeunesse à implanter dans la région¹.

Depuis, l'implantation de ces cliniques jeunesse s'est étendue. La réflexion cible :

- ▶ Les milieux scolaires secondaires.
- ▶ Le milieu scolaire de l'éducation aux adultes et de formation professionnelle.
- ▶ Le milieu scolaire collégial.
- ▶ Les cliniques offrant des services aux jeunes adultes dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) (cliniques ITSS, cliniques de planning). Elles sont visées par une révision des services selon le modèle de clinique jeunesse.

Au même moment, la région se dotait d'un *Plan d'action intersectoriel pour la promotion d'une sexualité saine et responsable et la prévention des ITSS*² rassemblant aussi divers partenaires incontournables dans la région.

Par l'adoption de ce plan d'action, Laval souhaite favoriser le développement d'une sexualité saine et responsable (SSR) auprès des jeunes adultes et de contrer la hausse des ITSS. Dans ce contexte, les partenaires ont fait de la SSR et des ITSS une priorité pour la région.

Dans la foulée de l'ensemble de ces travaux, une équipe de projet a été mandatée afin d'implanter une clinique jeunesse au Collège Montmorency. Ensemble, nous souhaitions remplir un engagement commun qui lie le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation, soit celui de mieux soutenir les besoins de santé et de bien-être des jeunes adultes³. Les travaux de cette équipe se sont déroulés en 2013-2014. Le présent document est un des résultats concrets de ces travaux.

¹ CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, *Modèle régional de clinique jeunesse : Pour les jeunes de 14 à 25 ans et leurs parents*, 2014, 98 p.

² AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, *Plan d'action intersectoriel pour la promotion d'une sexualité saine et responsable et la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang à Laval*, 2013, 68 p.

³ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT, *Cadre de référence pour soutenir la collaboration entre les centres de santé et de services sociaux et les collèges publics du Québec*, 2010, 28 p.

Objectifs

Ce document a pour objectifs de :

- ▶ Préciser le modèle de clinique jeunesse implanté au Collège Montmorency.
- ▶ Définir les rôles et les responsabilités de tous les acteurs gravitant autour de la clinique jeunesse.
- ▶ Identifier la trajectoire type d'un jeune adulte qui fréquente la clinique jeunesse.
- ▶ Regrouper l'ensemble des outils et des questionnaires nécessaires à l'actualisation de cette trajectoire.

Clinique jeunesse

Population visée

La clinique jeunesse s'adresse à l'ensemble de la population étudiante du Collège Montmorency.

Une offre de service variée et adaptée à la réalité des jeunes adultes⁴

Actuellement, les services offerts à la population étudiante comprennent :

- ▶ Les services éducatifs.
- ▶ Les services de promotion de la santé et du bien-être.
- ▶ Les services de prévention pour ceux qui présentent des risques de développer des problèmes.
- ▶ Les services d'aide pour les étudiants en difficulté.

Ces services sont offerts par différents professionnels du Collège Montmorency et du CISSS de Laval.

Un partenariat efficace et gagnant

Dans un souci d'accès, de continuité et de complémentarité des services, les professionnels impliqués dans la clinique jeunesse travailleront selon une approche de pratique collaborative. Ainsi, l'échange de l'information, l'éducation, la prise de décisions partagées devront faire partie prenante des interventions.

Ces professionnels, issus de disciplines différentes, devront mettre en commun leur expertise afin d'assurer des services intégrés pour répondre aux besoins des étudiants. Cette pratique, fondée sur le travail d'équipe, tient compte du jeune adulte dans sa globalité tout en le considérant comme partie prenante des décisions concernant sa santé.

Grâce à ce partenariat efficace, le jeune adulte reçoit des services en lien avec sa santé sexuelle, ses habitudes de vie, sa santé mentale, sa dépendance et ses problèmes psychosociaux. Des trajectoires de services sont aussi en place pour permettre au jeune adulte qui a des difficultés particulières de recevoir des services appropriés à sa condition.

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La promotion et la prévention en matière de sexualité saine et responsable en contexte scolaire : Des pratiques à privilégier pour mieux guider l'offre de services des agences de la santé et des services sociaux et des centres de santé et de services sociaux - Recommandations du groupe de travail national sexualité-jeunesse*, 2013.

Les ressources

La clinique jeunesse réunit le personnel infirmier, un ou plusieurs médecins ainsi que les intervenants psychosociaux du Collège Montmorency. L'ensemble des actions est rattaché aux activités de promotion et de prévention réalisées au Collège Montmorency, permettant ainsi de renforcer certains critères d'efficacité, dont la cohérence, l'intensité et la complémentarité des interventions.

En milieu collégial, l'objectif de la clinique jeunesse est : « offrir des services dans la perspective d'une approche globale du jeune adulte, en saisissant l'occasion pour [leur] offrir [...] un ensemble de services préventifs jugés appropriés, en plus des services liés à la raison de sa consultation⁵ ».

Assurer la confidentialité

Les jeunes adultes sont assurés de recevoir des services confidentiels de la part des professionnels impliqués dans la clinique jeunesse. De plus, afin de favoriser une collaboration efficace et gagnante entre eux, le jeune adulte est invité, sans obligation, à signer un formulaire d'entente de confidentialité permettant aux professionnels de discuter et de lui offrir un service encore plus adapté à sa réalité (Annexe X).

⁵ CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL, 2014, *Modèle régional de clinique jeunesse : pour les jeunes de 14 à 25 ans et leurs parents*, 2014, 98 p.

1. Le personnel infirmier : sa pratique et son rôle

La profession du personnel infirmier vise le maintien, le rétablissement et l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie d'une personne, d'une famille, d'un groupe ou d'une collectivité. Pour ce faire, elle tient compte de la personne dans sa globalité ainsi que de ses interactions avec l'environnement⁶.

L'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne, la surveillance clinique et le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé constituent l'essentiel de la pratique du personnel infirmier quel que soit le lieu d'exercice. Cette évaluation lui permet de détecter des complications, de déceler des problèmes de santé, de déterminer leur degré de gravité ou d'urgence, et d'établir des priorités et des conditions d'intervention. Elle permet aussi d'entreprendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance, de déterminer et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier, d'intervenir ou de diriger la personne vers un autre professionnel de la santé et des services sociaux ou vers une ressource appropriée⁷.

Le personnel infirmier en contexte scolaire⁸

Le personnel infirmier en milieu scolaire joue un rôle prédominant dans l'intégration des services de santé et de services sociaux au sein de son milieu. Il exerce un leadership mobilisateur en dressant un portrait de santé de la population étudiante tout en identifiant les priorités d'action à mettre en place pour répondre aux besoins des étudiants. Ainsi, il s'assure d'améliorer les services de première ligne en joignant les jeunes adultes. Au travers des diverses demandes touchant les différentes réalités que vivent les étudiants, la promotion de la santé demeure une assise importante dans les interventions du personnel infirmier en milieu scolaire et devrait faire partie intégrante de toutes les interventions qu'il effectue.

Pour susciter l'adhésion du jeune adulte et son implication dans une démarche de changements de comportements, elle utilise l'entretien motivationnel. Le personnel infirmier amène ainsi le jeune adulte dans une démarche de mobilisation, de changement et d'adoption de comportements sains et sécuritaires.

Actions permettant de contribuer à la promotion de la santé :

- ▶ Offrir des consultations individuelles auprès des étudiants ;
- ▶ Assurer un soutien au personnel enseignant et non enseignant ;
- ▶ Exécuter le rôle d'agent de liaison vers les ressources du CISSS de Laval ou les ressources externes.

⁶ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines – Guide explicatif*, 2013, p. 22.

⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines – Guide explicatif*, 2013, p. 22.

⁸ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Standards de pratique pour l'infirmière en milieu scolaire*, 2012.

Tableau 1 :
Services dispensés par le personnel infirmier à la clinique jeunesse

SERVICES CLINIQUES

Offrir une évaluation et une prise en charge de tout problème de santé lié à la sexualité (ITSS, grossesse non planifiée, contraception d'urgence, contraception hormonale, etc.).

Offrir une évaluation et une orientation/référence selon les problèmes reliés aux habitudes de vie, à la santé mentale, à la dépendance et aux problèmes psychosociaux.

Pour tous les services cliniques qui ne peuvent être offerts par le personnel infirmier, celui-ci réfère le jeune adulte selon les corridors et les trajectoires établis, tant à l'intérieur de l'équipe du Collège Montmorency que dans une équipe du CISSS de Laval (voir trajectoire type pour la demande de consultation santé [Annexe I]).

Dépistage et détection

- ▶ Questionner sur son histoire amoureuse et sexuelle, et les facteurs de risque.
- ▶ Questionner sur son statut tabagique.
- ▶ Effectuer des tests de dépistage de la gonorrhée et de la chlamydia.
- ▶ Effectuer des tests de grossesse.
- ▶ Déetecter la consommation à risque de drogue et d'alcool (Annexes XX ou XXI et XXII).
- ▶ Déetecter la dépression (Annexe XXIV).
- ▶ Estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

Counseling

- ▶ Intervenir sur la consommation à risque d'alcool ou de drogues dans le but d'orienter le jeune adulte vers le bon service.
- ▶ Offrir des services de planification des naissances ;
- ▶ Intervenir sur des problématiques de santé physique (hypoglycémie, diabète, etc.).
- ▶ Réaliser les enquêtes pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO) et une Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires (IPPAP).
- ▶ Offrir du soutien à la cessation tabagique et orienter au besoin.

**Tableau 1 (suite) :
Services dispensés par le personnel infirmier à la clinique jeunesse**

SERVICES CLINIQUES

Accès à une méthode de contraception et de protection

- ▶ Initier à la contraception hormonale.
- ▶ Offrir la contraception orale d'urgence.
- ▶ Promouvoir l'utilisation du condom.
- ▶ Rendre accessible le condom.

Traitements

- ▶ Assurer le traitement de la gonorrhée et de la chlamydia asymptomatique ou avec symptômes légers (selon l'ordonnance collective).
- ▶ Évaluer, dépister et traiter de façon épidémiologique les patients qui rapportent des relations sexuelles avec des personnes infectées à la chlamydia ou à la gonorrhée.

Suivi et référence selon les trajectoires

- ▶ Assurer le consentement pour une référence (Annexe XI).
- ▶ Référer pour des tests de dépistage qui sont indiqués, mais qui ne sont pas disponibles au Collège Montmorency (ex. : prise de sang pour dépistage syphilis, Virus de l'immunodéficience [VIH], Virus de l'hépatite B [VHB], Virus de l'hépatite C [VHC]) (Annexe XIII).
- ▶ Référer et assurer un suivi pour les tests de dépistage et de détection réalisés (ex. : dépendance, santé mentale, etc.).
- ▶ Effectuer une référence aux médecins travaillant à la clinique jeunesse du Collège Montmorency ou du CLSC pour toutes les problématiques ne relevant pas de la compétence du personnel infirmier.

Tableau 2 :
Interventions complémentaires réalisées par le personnel infirmier

SERVICES CLINIQUES

Ces interventions se veulent complémentaires à celles réalisées à même la clinique jeunesse. Elles demeurent malgré tout nécessaires afin de contribuer à un continuum d'interventions en prévention et promotion de la santé auprès des jeunes adultes.

- ▶ Organise et participe, en collaboration avec le personnel (professionnels, enseignants) du Collège Montmorency, à l'élaboration, à la planification et à l'animation des projets favorisant la promotion de la santé.
- ▶ Demeure une personne ressource auprès du personnel pour toutes questions ou demandes d'informations sur la santé.
- ▶ Participe à des rencontres multidisciplinaires avec les intervenants psychosociaux du service d'aide à l'apprentissage du Collège Montmorency (psychologues, agents de travail social, etc.) afin de favoriser la pratique collaborative.
- ▶ Participe à la table aide et consultation avec tous les professionnels du Collège Montmorency.
- ▶ Sensibilise et informe la population étudiante sur les différents moyens pour améliorer et maintenir une bonne santé et une meilleure qualité de vie.
- ▶ Rend accessible l'information concernant une diversité de problématiques, par le biais de divers médias de communication (consultations, kiosques, Facebook, journaux, rencontres-classe, etc.).

2. Le médecin : sa pratique et son rôle

Définition et nature du travail⁹

Le médecin est un professionnel qui s'occupe du diagnostic, du traitement et de la prévention de problèmes de santé rencontrés par des individus ou des groupes de population. [...] L'exercice de la médecine comprend, notamment, la consultation médicale, la prescription de médicaments ou de traitements [...] l'établissement et le contrôle d'un diagnostic, le traitement de maladies ou d'affections. Le médecin peut, dans l'exercice de sa profession, donner des conseils permettant de prévenir les maladies et promouvoir les moyens favorisant une bonne santé.

⁹ COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *La profession médicale.* <http://www.cmq.org/page/fr/la-profession-medicale.aspx>, 24 août 2015.

Le médecin

- ▶ Détermine le motif qui amène le patient à le consulter.
- ▶ Investigue le problème de santé par questionnaire, examen physique et examens complémentaires.
- ▶ Établit le diagnostic selon une approche globale.
- ▶ Établit le plan de traitement.
- ▶ Fait un compte rendu du diagnostic, du pronostic et du traitement au patient.
- ▶ Collabore avec les autres membres de l'équipe pour la solution des problèmes de santé.

Le médecin en clinique jeunesse

Le Collège Montmorency accueille une population étudiante de plus de 7 000 jeunes adultes, âgés en moyenne 18 à 35 ans. Ils forment un groupe présentant des réalités préoccupantes au niveau de leur santé, notamment sur le plan de la sexualité, de la santé mentale et de la consommation de drogues et d'alcool. Dans ce contexte, le support ponctuel d'un médecin est complémentaire au rôle du personnel infirmier.

Tableau 3 :
Services dispensés par le médecin à la clinique jeunesse

SERVICES CLINIQUES

- ▶ Offrir une évaluation et une prise en charge globale pour un problème de santé lié aux ITSS ou à la contraception.
- ▶ Travailler en collaboration avec le personnel infirmier ainsi qu'avec le personnel du Collège Montmorency impliqué dans la santé des étudiants.

Counseling

- ▶ Effectuer (et renforcer) le counseling nécessaire tant au niveau de la contraception, la prévention des ITSS, la consommation à risque d'alcool, de drogues et de tabac.
- ▶ Effectuer (et renforcer) le counseling post-test d'ITSS, dans le but de faire comprendre les résultats (et les limites) des tests effectués, d'amener la population étudiante à modifier ses comportements afin de prévenir l'acquisition ou la transmission d'ITSS, et de notifier, au besoin, ses partenaires sexuels pour que ceux-ci soient dépistés et traités.

Dépistage et détection

- ▶ Déetecter d'autres problèmes de santé prévalents (alcool, drogues, violence conjugale et problèmes de santé mentale) chez la population étudiante qui consulte pour la contraception d'urgence ou des problèmes relatifs aux ITSS; et les référer vers les ressources nécessaires.
- ▶ Offrir le dépistage du cancer du col utérin conformément aux recommandations des Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec¹⁰.

¹⁰ INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec*, 2011, 40 p.

**Tableau 3 (suite):
Services dispensés par le médecin à la clinique jeunesse**

SERVICES CLINIQUES

Traitements

- ▶ Évaluer les besoins de contraception et initier/renouveler la contraception lorsque l'ordonnance collective du personnel infirmier ne s'applique pas.
- ▶ Évaluer les besoins de contraception d'urgence, et initier la contraception d'urgence lorsque l'ordonnance collective du personnel infirmier ne s'applique pas.
- ▶ Évaluer et traiter la population étudiante ayant des symptômes d'ITSS (ulcères ano-génitaux, écoulement vaginal/anal/urétral, dyspareunie, dysurie, etc.).
- ▶ Évaluer, dépister et traiter de façon épidémiologique la population étudiante qui rapporte avoir eu des contacts sexuels avec des personnes infectées par la chlamydia ou la gonorrhée ou la syphilis.
- ▶ Évaluer, traiter et/ou orienter la population étudiante asymptomatique qui a reçu des résultats de dépistage positifs pour la syphilis, le VIH, l'hépatite B ou l'hépatite C.
- ▶ Évaluer et traiter la population étudiante qui a reçu des tests positifs pour la chlamydia et la gonorrhée, et qui n'est pas couverte par l'ordonnance de traitement par le personnel infirmier.
- ▶ Évaluer et orienter au Service de prophylaxie postexposition la population étudiante ayant eu des relations sexuelles à risque de transmission de VIH, VHB et VHC, au cours des 72 heures antérieures.
- ▶ Évaluer et traiter les condylomes ano-génitaux ainsi que les épisodes récurrents d'herpès chez la population étudiante.

Suivi et référence selon les trajectoires

- ▶ Réévaluer la population étudiante ayant initié la contraception par l'entremise de l'ordonnance collective personnel infirmier, à la fin de la période d'application de celle-ci; renouveler la contraception le cas échéant.
- ▶ Voir les patients référés par le personnel infirmier pour le traitement de la chlamydia et de la gonorrhée lorsque l'ordonnance collective personnel infirmier ne peut pas être appliquée (ex. : symptômes majeurs, contre-indications, hors protocole, allergies, échec au traitement, etc.).
- ▶ Assurer que toutes les MADO soient déclarées à la Direction de santé publique et collaborer à l'enquête épidémiologique de celle-ci, lorsque nécessaire.

3. Rôles et responsabilités des professionnels

L'équipe de professionnels du Collège Montmorency est constituée d'intervenants psychosociaux :

- ▶ Intervenant de milieu à la vie étudiante/intervenant de corridor (agent de service social) ;
- ▶ Agent de service social (psychoéducateur) ;
- ▶ Psychologues.

Voici un aperçu de leur rôle.

Les intervenants psychosociaux et l'agent de service social

Les intervenants psychosociaux ont comme mandat principal l'aide psychosociale. Ceux-ci interviennent auprès des étudiants aux prises avec une problématique de santé mentale ou d'ordre psychosocial ou encore, vivant une détresse psychologique. Ceux-ci agissent auprès des étudiants en intervention individuelle, de groupe ou collective.

- ▶ Ils interviennent auprès des étudiants pour les soutenir durant leur parcours collégial sur les plans personnel, social et scolaire ;
- ▶ Ils s'intéressent aux divers aspects touchant le bien-être psychosocial des étudiants ;
- ▶ Ils contribuent à la réussite éducative¹¹.

L'intervention psychosociale s'appuie sur les données objectives de la problématique ou situation et sur la compréhension de la dynamique sous-jacente au problème. Cette vision d'ensemble permet à l'intervenant du collégial d'agir de façon efficace auprès de l'étudiant en cherchant au besoin, la collaboration d'autres collègues issus d'autres disciplines ou encore, d'autres partenaires locaux qui permettront d'identifier des solutions pour résoudre le problème. L'intervention rapide et efficace permet également de limiter les abandons et les échecs scolaires.

Les intervenants psychosociaux sont donc impliqués à différents niveaux tant auprès de la clientèle étudiante que du personnel qui gravite autour d'elle.

De façon plus précise, les intervenants sont appelés à :

- ▶ Intervenir en situation de crises suicidaires ou psychosociales ainsi qu'en postvention ;
- ▶ Offrir des rencontres d'accompagnement et du soutien auprès des étudiants afin de leur permettre d'exprimer leurs difficultés, et de maintenir ou consolider leurs stratégies d'adaptation. Un suivi à court terme (3 à 5 rencontres) est offert dans les meilleurs délais, afin d'aider la personne à retrouver un certain équilibre, et de prévenir ainsi l'abandon des études et l'échec du trimestre en cours ;
- ▶ Référer aux organismes du réseau et effectuer au besoin des transferts personnalisés ;
- ▶ Soutenir les enseignants et membres du personnel dans la mise en place de mesures d'accompagnement pour les étudiants qui ont des besoins spécifiques ;
- ▶ Faire la promotion des services de consultation psychosociale et en faciliter l'accès ;
- ▶ Développer des activités spécifiques pour les clientèles vulnérables ;

¹¹ Les intervenants psychosociaux partagent la conviction que les apprentissages et le développement de l'étudiant se produisent à la fois en classe et en dehors de la classe et que la réussite s'inscrit dans un processus global, continu et cumulatif.

- ▶ Organiser et participer à des activités de sensibilisation et de promotion de la santé mentale : prévention du suicide, toxicomanie, saines habitudes de vie ;
- ▶ Organiser des activités d'accueil pour des clientèles spécifiques (adultes de retour aux études, étudiants provenant de régions éloignées, étudiants étrangers) ;
- ▶ Offrir du soutien aux groupes spécifiques tels que les étudiants ayant des enfants, ceux vivant en logement, etc. ;
- ▶ Offrir le service de questions-réponses sur la sexualité avec le *Courrier de Sexofred*.

L'intervenant de milieu à la vie étudiante/intervenant de corridor

Le travail de l'intervenant de corridor s'apparente énormément à celui d'un travailleur de rue et celui de l'intervenant de milieu. C'est une personne qui exerce un rôle actif d'intervention sociale et de relation d'aide auprès des personnes et des groupes en difficulté. À cette fin :

- ▶ Il décèle les besoins spécifiques de la clientèle visée ;
- ▶ Il lui fournit l'aide et les ressources adéquates ;
- ▶ Il veille à lui faciliter l'accès aux programmes d'aides offerts.

Il s'intègre à la vie du collège, il cherche à établir des contacts et à créer des liens de confiance avec les personnes susceptibles d'avoir besoin d'aide, afin de fournir une assistance directe. L'intervenant de corridor favorise la prise en charge des étudiants qui ne sont pas connus et ne font pas appel aux services offerts par le réseau traditionnellement en place. Par sa présence dans le milieu et son accessibilité, il travaille en étroite collaboration avec les partenaires du milieu.

De façon plus précise, l'intervenant de corridor est appelé à :

- ▶ Intervenir de façon individuelle en situation de crise psychosociale :
 - Dans le cadre de son travail, l'intervenant de corridor est appelé à aider les étudiants dans des situations problématiques en appliquant diverses méthodologies propres à la relation d'aide. En créant un climat favorable à la confidence, il est en mesure d'accompagner l'étudiant dans ce qu'il vit; de trouver avec lui des moyens pour se sentir mieux, et au besoin de le référer à des personnes ou des services appropriés.
- ▶ Intervenir auprès de groupes en situation de crise psychosociale (ex. : deuil commun, *problème de jeu, conflit entre « gangs »*, etc.). ;
- ▶ En plus d'offrir une assistance individuelle et collective, l'intervenant est aussi appelé à répondre aux situations d'urgences psychologiques partout dans les locaux et sur le terrain du collège ;
- ▶ Organiser, animer et participer à diverses activités :
 - À l'occasion, l'intervenant de corridor utilise des techniques d'animation afin d'aider les groupes à s'organiser et à mettre sur pied des activités visant au développement de la conscience sociale. En fait, il se doit d'être présent lors des activités organisées par le collège. Ces regroupements constituent un bon moyen pour se faire connaître. De plus, il représente une aide spontanée à ces événements sans prendre l'ensemble des responsabilités d'organisation.

Le psychologue

Le travail du psychologue consiste plus spécifiquement à évaluer le fonctionnement psychologique et mental, et à effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé et le bien-être psychologique, afin de promouvoir l'intégration scolaire et sociale de l'étudiant et favoriser la réussite du projet d'études. À la suite de cette évaluation initiale, l'étudiant pourra être orienté vers les ressources appropriées à ses besoins.

De façon plus précise, les psychologues offrent :

- ▶ Des traitements psychologiques aux étudiants qui présentent des difficultés d'adaptation ou des troubles mentaux légers ou transitoires, pouvant bénéficier d'une approche à court terme (4 à 8 séances par session) ;
- ▶ Des évaluations avec administration d'outils psychométriques pour les étudiants présentant des difficultés d'attention (avec référence d'un enseignant ou d'un professionnel) ;
- ▶ Du soutien psychologique pour les étudiants en attente d'une prise en charge dans les ressources externes ;
- ▶ Une évaluation des étudiants qui présentent des symptômes apparentés à un trouble de santé mentale sévère et persistant, avec référence vers des services spécialisés ;
- ▶ Du soutien clinique au sein d'une équipe multidisciplinaire (orthopédagogues, conseillers d'orientation, conseillers à la vie étudiante, conseiller en adaptation scolaire, personnel infirmier).

4. Procédure pour la prise de rendez-vous

La clinique jeunesse est accessible avec ou sans rendez-vous

- ▶ Pour les services du personnel infirmier, les consultations sont offertes **sans rendez-vous** ;
- ▶ Pour les services de santé nécessitant l'évaluation d'un médecin, **un rendez-vous est nécessaire** ;
- ▶ Pour les services psychologiques, **un rendez-vous est nécessaire**.

Procédures pour la prise de rendez-vous

La prise de rendez-vous s'effectue au service d'aide à l'apprentissage du Collège Montmorency. Le jeune adulte est invité à s'y présenter entre 8 h et 18 h. Deux agents de soutien administratif sont disponibles pour l'accueillir.

L'agent à l'accueil lui remettra un formulaire de demande pour consultation santé et consultation psychosociale (Annexes XIV et XV). Celui-ci recueillera le formulaire complété et s'assurera de le déposer dans le casier de l'intervenant désigné pour évaluer les demandes. Le personnel infirmier évalue les demandes pour une consultation de santé, et l'intervenant social évalue les demandes pour une consultation psychosociale. Le jeune adulte sera référé selon sa demande :

- ▶ Les demandes pour consultation psychosociale sont référées aux professionnels psychosociaux ;
- ▶ Les demandes pour consultation de santé visant spécifiquement la santé mentale sont référées aux professionnels psychosociaux ;
- ▶ Les demandes pour consultation de santé sont référées au personnel infirmier (Annexe II).

L'agent de soutien administratif s'assurera d'appeler le jeune adulte afin de convenir d'un moment pour un rendez-vous.

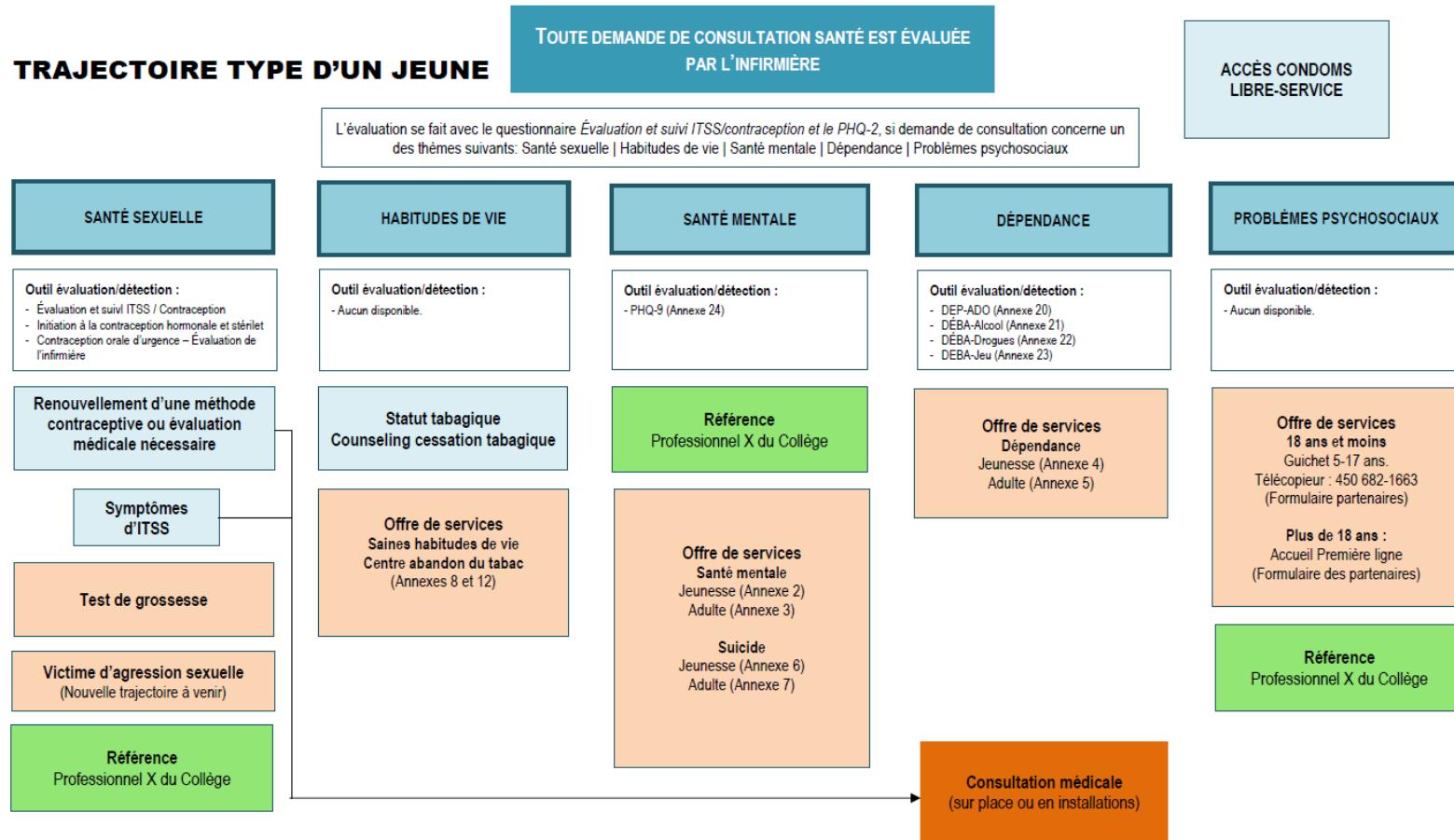
Afin d'éviter l'oubli, un rappel courriel

Un courriel de rappel est envoyé à l'étudiant 3 jours avant son rendez-vous. Il doit confirmer son rendez-vous soit par courriel ou par téléphone dans les 24 heures. Si l'étudiant n'a pas confirmé son rendez-vous dans les 24 heures, l'agent de soutien procèdera à un nouvel appel téléphonique avec demande de confirmation dans les 24 heures. Si l'étudiant n'a toujours pas confirmé, son rendez-vous est annulé et sa place est offerte à un étudiant sur liste d'attente.

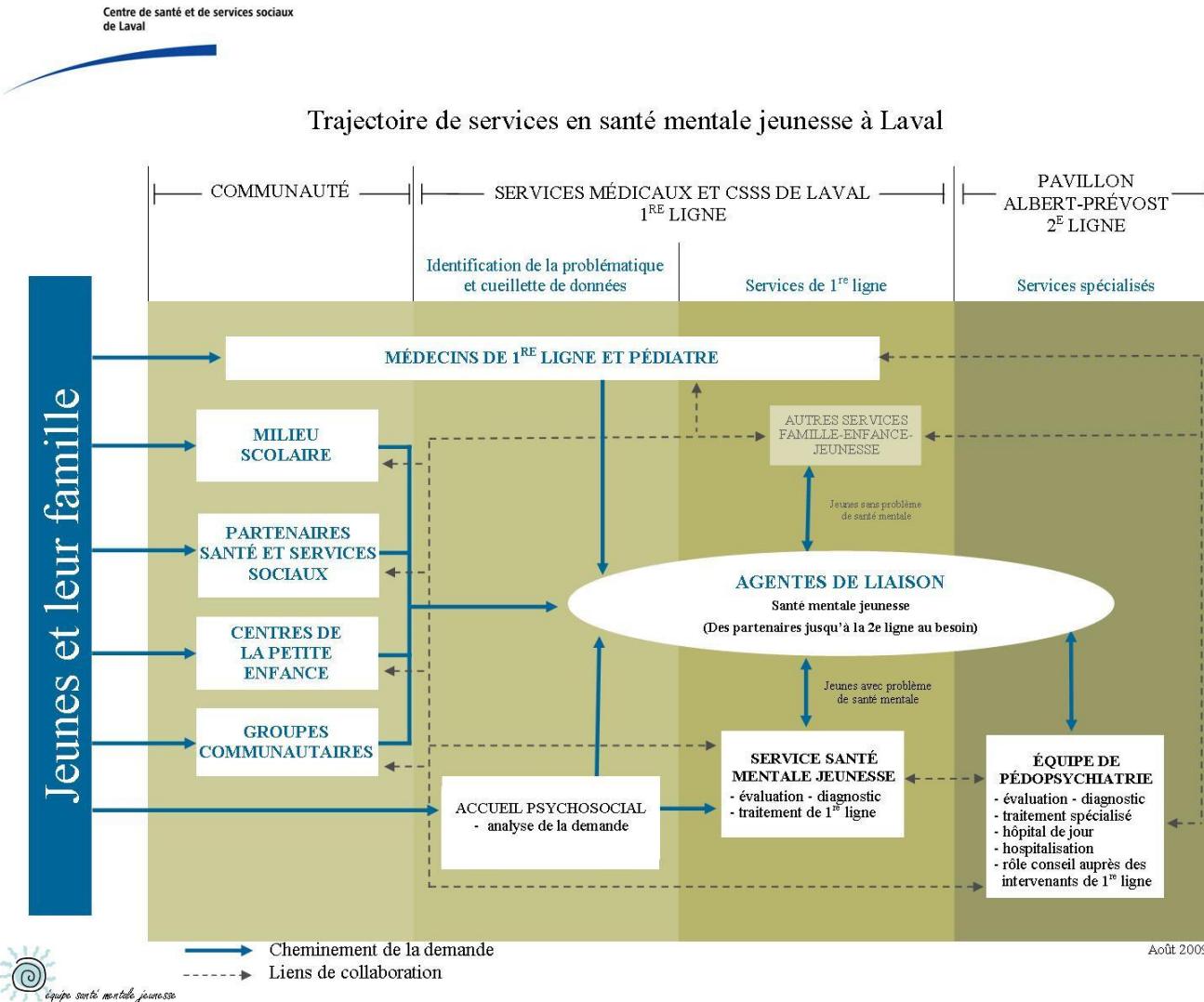


ANNEXES : Trajectoires

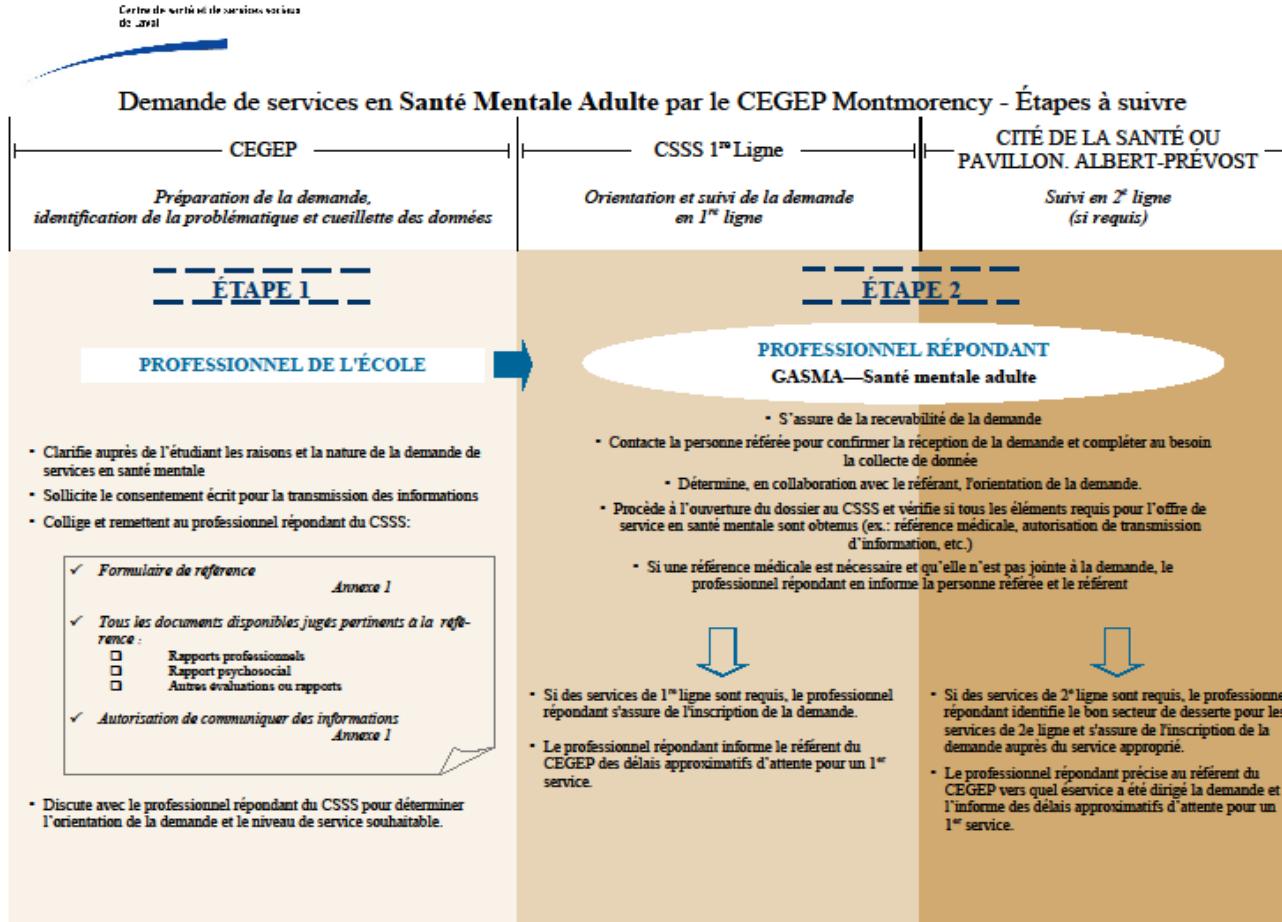
Annexe I : Trajectoire type d'un jeune



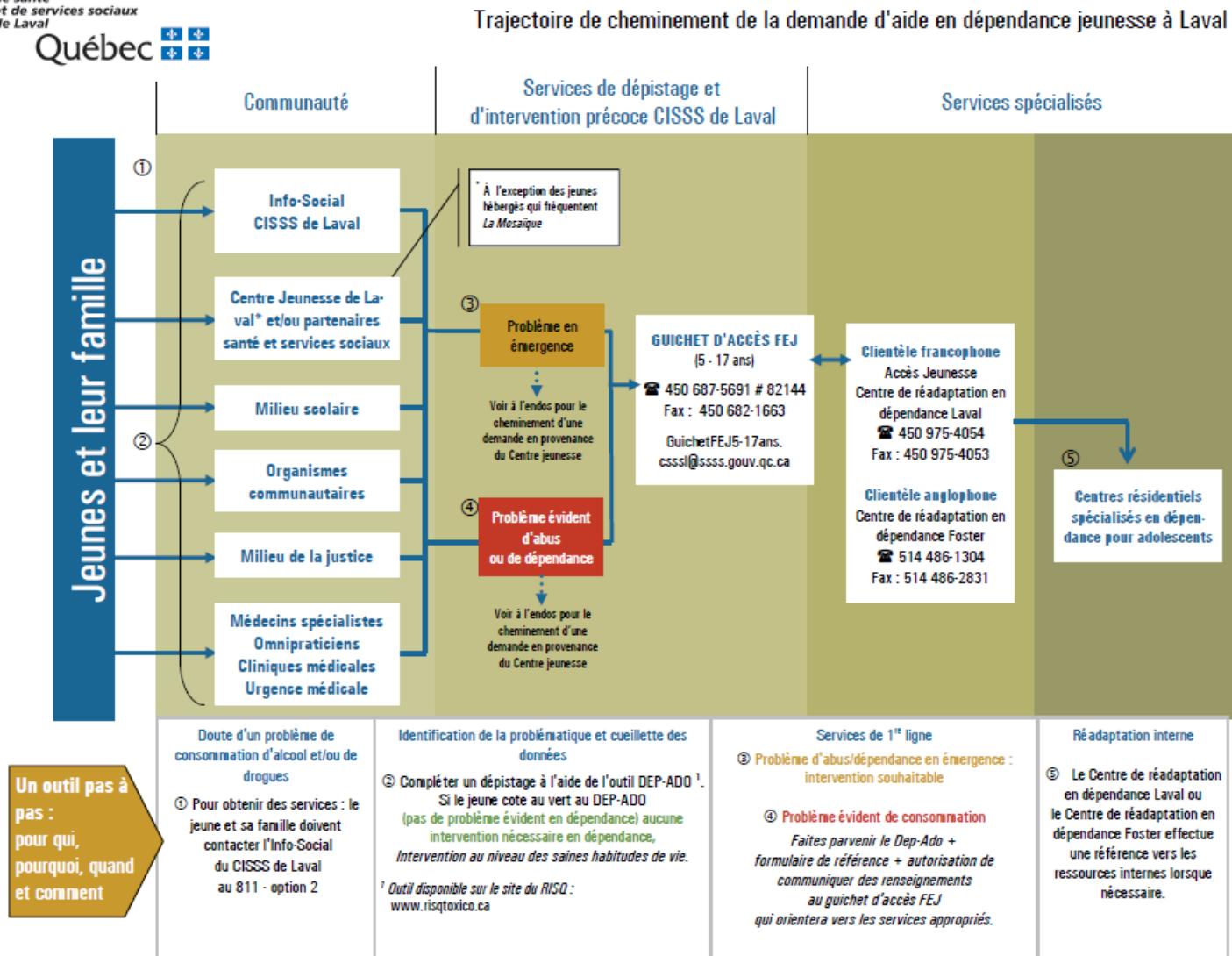
Annexe II : Trajectoire santé mentale jeunesse



Annexe III : Trajectoire santé mentale adulte



Annexe IV : Trajectoire dépendance jeunesse



Un outil pas à pas :
pour qui,
pourquoi, quand
et comment

Annexe IV (suite) : Trajectoire dépendance jeunesse

Cheminement d'une demande / Centre jeunesse de Laval

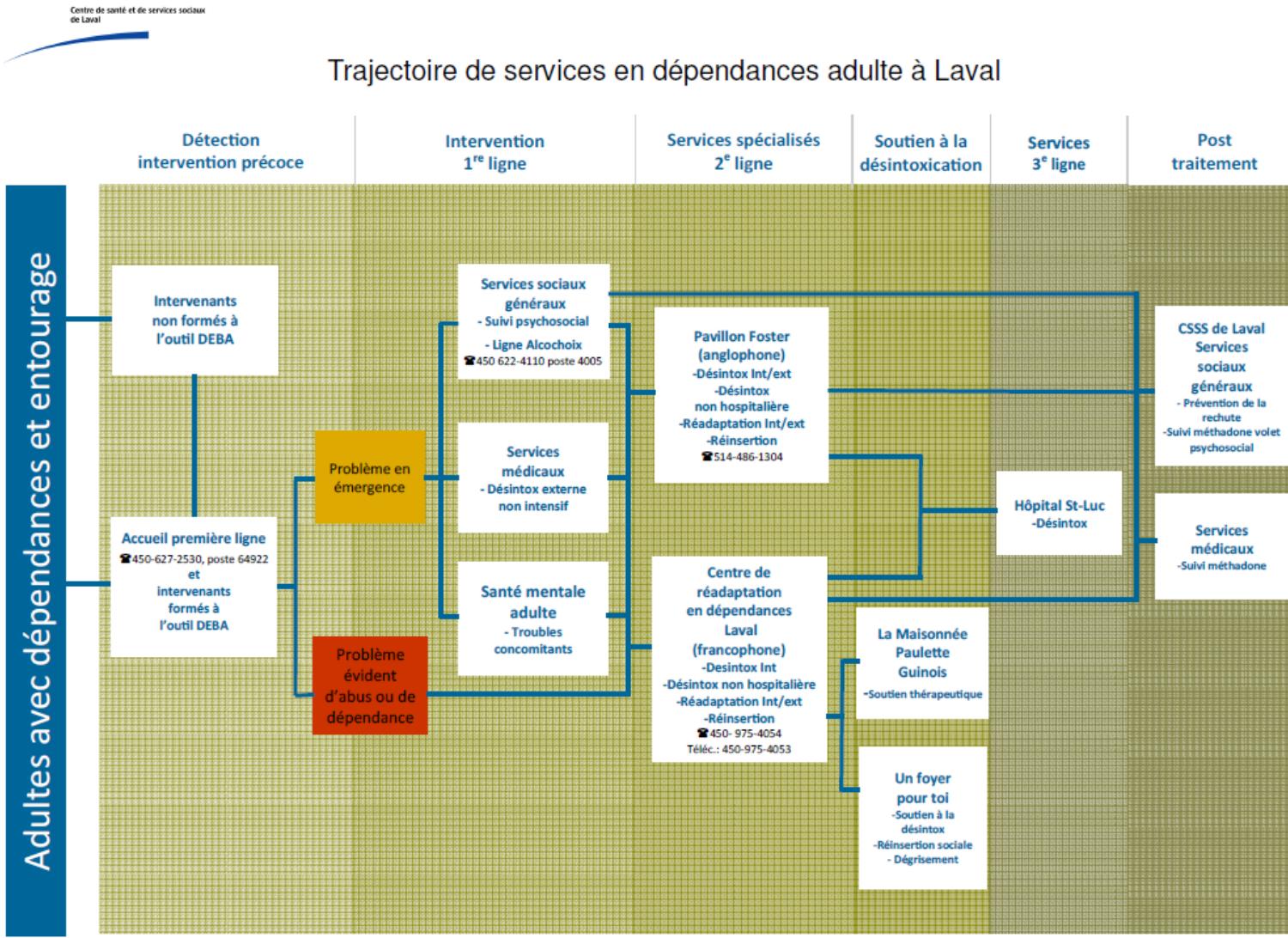
Lorsque le besoin d'intervention « feu jaune » est identifié par l'intervenant social du Centre Jeunesse le cheminement de la demande s'effectue selon les modalités suivantes :

- A. Jeune hébergé et scolarisé à l'interne = L'intervention est offerte à l'interne
- B. Jeune hébergé et scolarisé à l'externe = L'intervenant social du CJ évalue quelle est l'intervention la plus appropriée (CISSS ou interne au CJ)
- C. Jeune suivi à l'externe = L'intervenant social du CJ réfère au CISSS

Lorsque le besoin d'intervention « feu jaune » est identifié par tout autre partenaire de la communauté pour un jeune hébergé au Centre jeunesse, la trajectoire s'applique.

Le guichet d'accès FEJ contactera l'intervenant social du CJ afin de voir avec lui quelle sera l'intervention la plus appropriée, soit le CISSS ou à l'interne au Centre jeunesse.

Annexe V : Trajectoire dépendance adulte



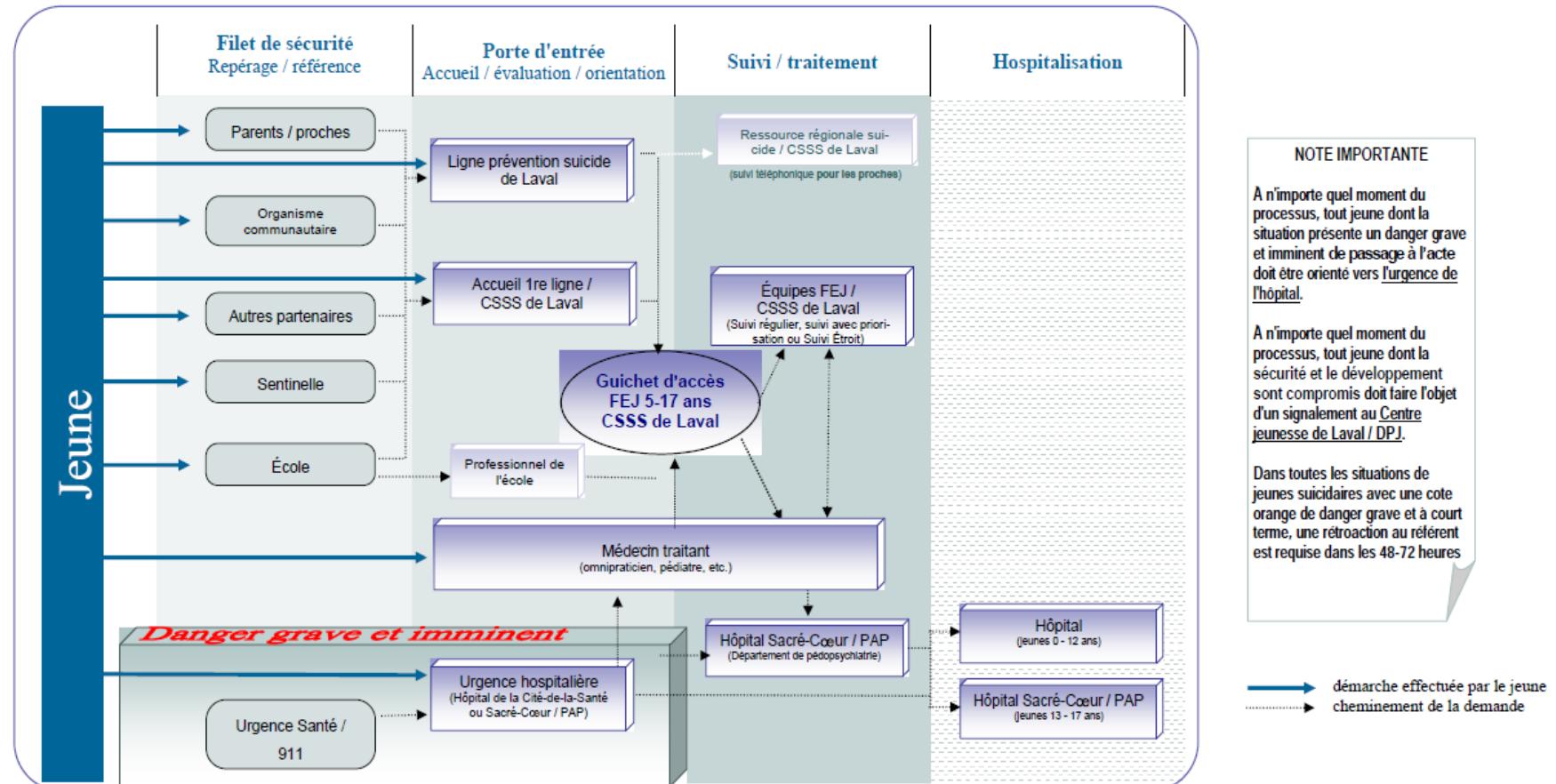
2014-10-09 VF

Annexe VI : Trajectoire suicide jeune

Centre de santé et de services sociaux
de Laval

Trajectoire de services pour les jeunes suicidaires de Laval

Cheminement de la demande pour un jeune sans suivi actif avec un professionnel du réseau de la santé et des services sociaux¹



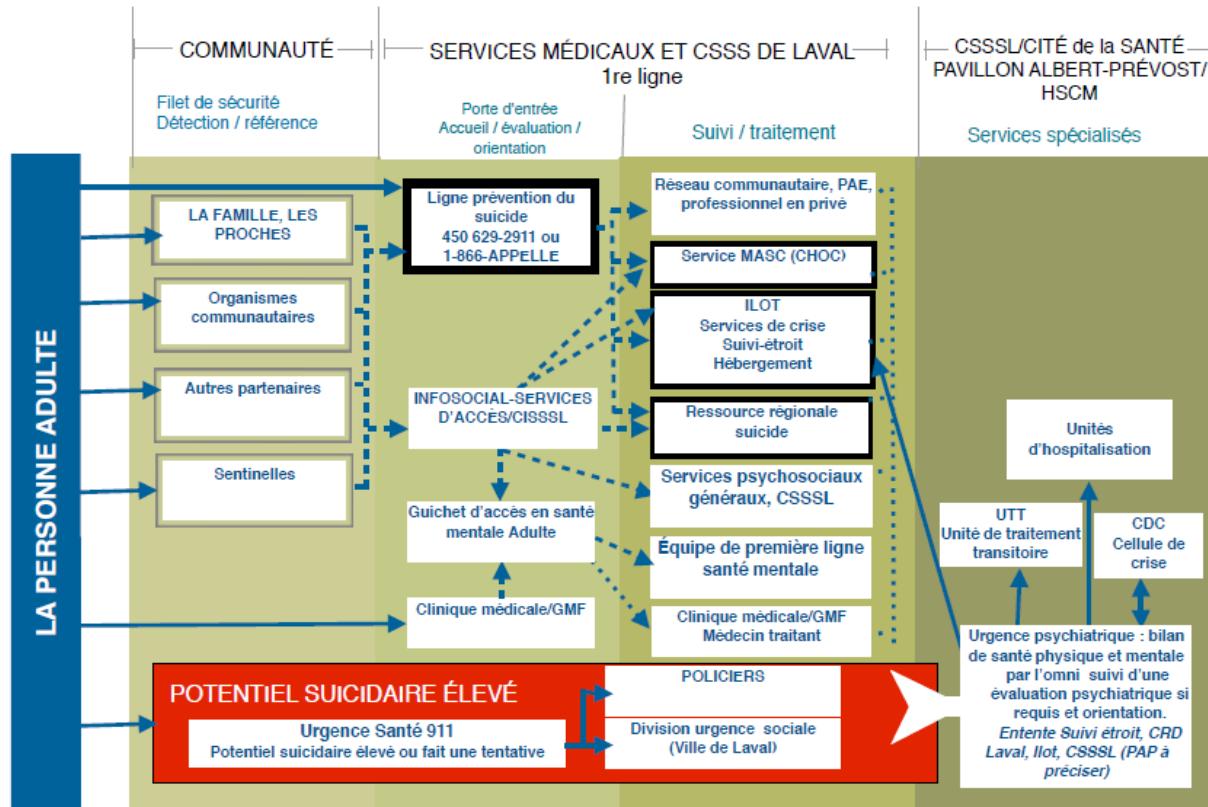
1 Le jeune en suivi actif avec un intervenant du CSSSL (Centre de santé et de services sociaux de Laval), du CJL (Centre jeunesse de Laval), du CRD Laval (Centre de réadaptation en dépendance de Laval) ou du PAP (Pavillon Albert-Prévost) de l'Hôpital du Sacré-Cœur doit être référé à son intervenant sans délai. L'intervenant fera l'évaluation de la situation et ira chercher les services requis en fonction des besoins et du profil du jeune. Au besoin, l'intervenant doit faire appel aux structures de soutien clinique de son établissement.

Jauvier. 2014

Annexe VII : Trajectoire suicide adulte



Trajectoire de services adultes suicidaires : Cheminement de la demande pour un adulte sans suivi actif avec un professionnel du réseau de la santé et des services sociaux de Laval



Annexe VIII : Offre de service Saines habitudes de vie



Direction de la santé physique - Offre de services Saines habitudes de vie

CRITÈRES D'ADMISSION : Population lavalloise (réside, travaille ou étudie à Laval) ou personne ayant un médecin qui pratique à Laval. La clientèle peut avoir accès à tous les CLSC où les services sont offerts.

Programmes offerts	Raison de consultation	Site	Inscription ou prise de rendez-vous (avec ou sans référence médicale)
GROUPE SAINTE GESTION DU POIDS 3 rencontres de groupe et 1 suivi téléphonique	SURPLUS DE POIDS ET /OU PRÉOCCUPATION À L'ÉGARD DU POIDS	▪ CISPOI ▪ Sainte-Rose	Centres de rendez-vous : CISPOI : 450 627-2530 CLSC Ste-Rose : 450 963-6260 OU Télécopier la fiche d'inscription : 450 627-0295
PROGRAMME CHOISIR DE MAIGRIR? 14 rencontres de groupe	SURPLUS DE POIDS ET /OU TROUBLE DE L'IMAGE CORPORELLE	▪ Sainte-Rose	Particularité du programme : - La clientèle doit compléter la fiche d'inscription Choisir de Maigrir (disponible aux réceptions des CLSC et sur le portail du CISSS de Laval). - Poster la fiche à l'adresse de retour indiquée dans le questionnaire.
RENCONTRES INDIVIDUELLES AVEC LA NUTRITIONNISTE Le nombre de rencontres est déterminé selon l'évaluation	RAISON MÉDICALE DE CONSULTATION INDIVIDUELLE EN NUTRITION (SELON LES RAISONS DE CONSULTATION ADMISSIBLES)	▪ Mille-Îles ▪ Sainte-Rose	Centres de rendez-vous : CLSC Mille-Îles : 450 661-5371 CLSC Ste-Rose : 450 963-6260 OU Télécopier la fiche d'inscription : 450 627-0295
PROGRAMME DE CESSATION TABAGIQUE MÉTHODE OXYGÈNE RENCONTRES DE GROUPE (CISPOI, MILLE-ÎLES, SAINTE-ROSE) 8 rencontres de groupe et 4 suivis téléphoniques à 1, 3, 6 et 12 mois RENCONTRES INDIVIDUELLES 2 à 4 rencontres individuelles et 4 suivis téléphoniques à 1, 3, 6 et 12 mois	TABAGISME	▪ Marigot ▪ Mille-Îles ▪ Sainte-Rose ▪ Ruisseau-Papineau	Centres de rendez-vous : CARL : 450 978-8601, option 5 CISPOI : 450 627-2530 CLSC Marigot : 450 668-1803 CLSC Mille-Îles : 450 661-5371 CLSC Ruisseau Papineau : 450 687-5690 CLSC Ste-Rose : 450 963-6260 OU Télécopier la fiche d'inscription : 450 627-0295

Information et documents disponibles sur le portail du CISSS de Laval > Santé publique > Saines habitudes de vie > Où obtenir des services?

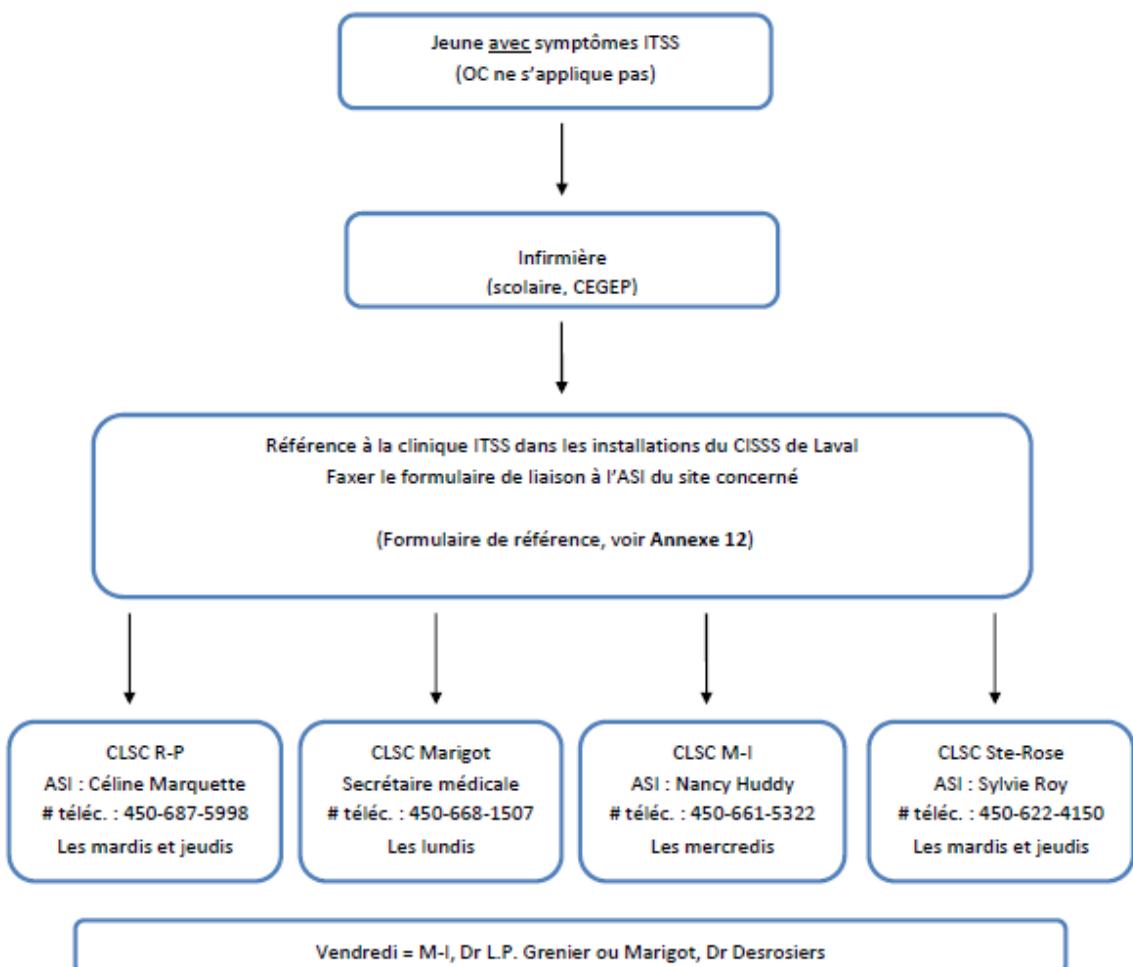
Pour information, veuillez communiquer avec Julie Pagé, Coordonnatrice clinique, Programme Promotion-prévention Saines habitudes de vie 0.5.30 450 627-2530 poste 25515 p. 1

Annexe IX : Trajectoire ITSS symptomatique

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval

Québec 

Trajectoire de services pour les jeunes présentant des symptômes d'ITSS



¹ Ne pourra être refusé même si l'achalandage est important



ANNEXES : Formulaires

Annexe X : Engagement et consentement aux services psychosociaux et de santé



Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval

Québec

Engagement et consentement aux services psychosociaux et de santé

Identification de l'étudiant

Nom :

Prénom :

Sexe : M F

Âge : _____

Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

Numéro d'étudiant :

SVP cochez la façon de vous joindre si nous devons vous contacter

Programme d'études :

N° de téléphone : _____
Courriel : _____

La confidentialité s'étend à toute l'équipe de professionnels du SAA.

Le suivi est centré sur un objectif et évalué après quatre (4) rencontres.

Les suivis sont offerts à court terme, en lien avec des situations ponctuelles et transitoires.

Les entrevues sont d'une durée de 50 minutes. En cas de retard, la rencontre se terminera à l'heure prévue pour éviter de pénaliser les étudiants/es suivants.

Lors d'absence, il est de la responsabilité de l'étudiant de communiquer avec l'accueil du SAA ou avec l'intervenant afin de l'en aviser et prendre un nouveau rendez-vous.

Les intervenants réfèrent en externe si l'étudiant/e requiert des services plus spécialisés ou à long terme. Seules les informations pertinentes à la collaboration entre les intervenants seront transmises en remplissant le formulaire d'autorisation disponible.

Il y a suspension de la confidentialité lorsqu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace la personne ou autrui. Également, lors d'une situation où le développement et/ou la sécurité d'un mineur est ou peut être considéré comme compromis.

J'atteste que j'ai pris connaissance du mode de fonctionnement des services psychosociaux et de santé.

Signature du référent

Date

Signature du référent

Date

Ce consentement est valide pour la période durant laquelle je recevrai des services psychosociaux et de santé.

Annexe XI : Autorisation de communiquer des renseignements



**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval**

Québec

Autorisation de communiquer des renseignements

Identification de l'étudiant

Nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F

Prénom :

Sexe : M F

Âge : _____ Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

Numéro d'étudiant :

cochez la façon de vous rejoindre si nous devons vous contacter.

No de téléphone :

Programme d'études :

Courriel :

Les organismes suivants collaborent à un processus d'intervention concerté pour vous rendre des soins et des services personnalisés et adaptés à votre situation :

- *J'ACCEPTE que les professionnels des établissements sélectionnés ci-dessous **SE** transmettent verbalement ou par écrit toutes informations pertinentes à ma situation afin d'effectuer un suivi psychosocial ou infirmier.

(Veuillez cocher les établissements concernés et inscrire le nom de la personne concernée si possible)

- CISSS de Laval (nom de la personne ou du service concerné par la demande) _____

Commission scolaire de Laval (nom de la personne ou type de service requis) _____

Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier (nom de la personne ou type de service requis) _____

Autres _____

- JE REFUSE que les professionnels des établissements sélectionnés ci-dessus se transmettent verbalement ou par écrit toutes informations pertinentes à ma situation afin d'effectuer un suivi psychosocial ou infirmier.

La communication des renseignements peut se faire dès la signature du présent document : oui non

Signature de l'usager ou du représentant légal

Date

Signature du référent

Date

*Cette autorisation est valide pour la période durant laquelle je recevrai des services des établissements sélectionnés ci-dessus et est révocable en tout temps.

Annexe XII : Fiche d'inscription Saines habitudes de vie

Centre de santé et de services sociaux de Laval																																															
INSCRIPTION SAINES HABITUDES DE VIE																																															
Prière d'acheminer à l'Accueil première ligne - Télécopieur : 450 627-0295																																															
Client	Nom, prénom :	Espace pour étiquette Personnalisée si disponible																																													
	Adresse :																																														
	Date de naissance : NAM :																																														
	Téléphone : Cellulaire:																																														
	Client inscrit GMF avec équipe interdisciplinaire: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">OBJECTIF</th> <th style="width: 40%;">PROGRAMME</th> <th style="width: 30%;">MOTIFS DE RÉFÉRENCE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"> Viser un arrêt tabagique </td> <td style="padding: 5px;"> Cessation tabagique <input type="checkbox"/> Suivi individuel <input type="checkbox"/> Rencontres de groupe </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Fumeur désirant cesser <input type="checkbox"/> Fumeur en réflexion sur l'arrêt tabagique </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Connaître le lien entre le poids, la santé et les habitudes de vie </td> <td style="padding: 5px;"> Saine gestion du poids <input type="checkbox"/> 3 rencontres de groupe et 1 suivi téléphonique </td> <td style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Surplus de poids </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Favoriser une saine gestion du poids par une approche biopsychosociale visant à venir en aide aux femmes préoccupées par leur poids et leur image corporelle </td> <td style="padding: 5px;"> Choisir de maigrir ? <ul style="list-style-type: none"> • 14 rencontres de groupe </td> <td style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> • Surplus de poids et trouble de l'image corporelle <p style="font-size: small;"><i>n.b. Compléter le formulaire d'inscription disponible en CLSC et sur le portail. Ne pas télécopier cette fiche d'inscription</i></p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Élaborer et mettre en œuvre un plan de traitement nutritionnel pour améliorer le contrôle d'un problème de santé </td> <td style="padding: 5px;"> Nutrition clinique <input type="checkbox"/> Suivi individuel </td> <td style="padding: 5px;"> <i>n.b. Annexer les analyses sanguines récentes si effectuées à l'extérieur du CSSL.</i> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 10px;"> MOTIFS DE RÉFÉRENCE <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Incapacité de participer à un groupe <input type="checkbox"/> Allergie, intolérance alimentaire (lactose, fructose, etc.) <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Avitaminose <input type="checkbox"/> Calcul biliaire <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse <input type="checkbox"/> Dénutrition/ maigreure ou risque important de dénutrition <input type="checkbox"/> Diarrhée/ constipation <input type="checkbox"/> Diverticulose symptomatique/ diverticulite <input type="checkbox"/> Dyspepsie <input type="checkbox"/> Hyperuricémie, goutte <input type="checkbox"/> Hypoglycémie réactionnelle </div> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale stade 1, 2 et 3 (si pas suivi par néphrologue) <input type="checkbox"/> Intolérance au gluten / maladie cœliaque confirmée par gastro-entérologue (ou biopsie duodénale) <input type="checkbox"/> Lithiases urinaires <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> MPOC (maladie pulmonaire) à risque de dénutrition <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Pancréatite <input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien (RGO) <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable </div> </div> </td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: top; padding: 5px;"> Provenance </td> <td style="padding: 5px;"> Nom du référent : </td> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Nom du médecin traitant : </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> Clinique : </td> <td style="padding: 5px;"> Téléphone : </td> <td style="padding: 5px;"> Fax : </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> Signature du référent (obligatoire) : </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"> <i>n.b. Veuillez informer le client qu'il sera contacté par une agente administrative dans les prochains jours, entre 8 h et 16 h.</i> </td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="width: 60%;"> Section réservée à la coordination clinique Signature de la personne autorisée: </td> <td style="width: 40%; text-align: right;"> Date : </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;"> Section réservée au centre de rendez-vous Date du rendez-vous : </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;"> Dates des messages <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Nom de l'intervenant : </td> <td style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Refus de rendez-vous le _____ <input type="checkbox"/> Non rejoint (3 messages)* Remettre dans le casier de l'intervenant </td> </tr> </table> </td> </tr> </tbody> </table>			OBJECTIF	PROGRAMME	MOTIFS DE RÉFÉRENCE	Viser un arrêt tabagique	Cessation tabagique <input type="checkbox"/> Suivi individuel <input type="checkbox"/> Rencontres de groupe	<input type="checkbox"/> Fumeur désirant cesser <input type="checkbox"/> Fumeur en réflexion sur l'arrêt tabagique	Connaître le lien entre le poids, la santé et les habitudes de vie	Saine gestion du poids <input type="checkbox"/> 3 rencontres de groupe et 1 suivi téléphonique	<input type="checkbox"/> Surplus de poids	Favoriser une saine gestion du poids par une approche biopsychosociale visant à venir en aide aux femmes préoccupées par leur poids et leur image corporelle	Choisir de maigrir ? <ul style="list-style-type: none"> • 14 rencontres de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Surplus de poids et trouble de l'image corporelle <p style="font-size: small;"><i>n.b. Compléter le formulaire d'inscription disponible en CLSC et sur le portail. Ne pas télécopier cette fiche d'inscription</i></p>	Élaborer et mettre en œuvre un plan de traitement nutritionnel pour améliorer le contrôle d'un problème de santé	Nutrition clinique <input type="checkbox"/> Suivi individuel	<i>n.b. Annexer les analyses sanguines récentes si effectuées à l'extérieur du CSSL.</i>	MOTIFS DE RÉFÉRENCE <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Incapacité de participer à un groupe <input type="checkbox"/> Allergie, intolérance alimentaire (lactose, fructose, etc.) <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Avitaminose <input type="checkbox"/> Calcul biliaire <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse <input type="checkbox"/> Dénutrition/ maigreure ou risque important de dénutrition <input type="checkbox"/> Diarrhée/ constipation <input type="checkbox"/> Diverticulose symptomatique/ diverticulite <input type="checkbox"/> Dyspepsie <input type="checkbox"/> Hyperuricémie, goutte <input type="checkbox"/> Hypoglycémie réactionnelle </div> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale stade 1, 2 et 3 (si pas suivi par néphrologue) <input type="checkbox"/> Intolérance au gluten / maladie cœliaque confirmée par gastro-entérologue (ou biopsie duodénale) <input type="checkbox"/> Lithiases urinaires <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> MPOC (maladie pulmonaire) à risque de dénutrition <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Pancréatite <input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien (RGO) <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable </div> </div>			Provenance	Nom du référent :	Nom du médecin traitant :		Clinique :	Téléphone :	Fax :	Signature du référent (obligatoire) :			<i>n.b. Veuillez informer le client qu'il sera contacté par une agente administrative dans les prochains jours, entre 8 h et 16 h.</i>				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="width: 60%;"> Section réservée à la coordination clinique Signature de la personne autorisée: </td> <td style="width: 40%; text-align: right;"> Date : </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;"> Section réservée au centre de rendez-vous Date du rendez-vous : </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;"> Dates des messages <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Nom de l'intervenant : </td> <td style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Refus de rendez-vous le _____ <input type="checkbox"/> Non rejoint (3 messages)* Remettre dans le casier de l'intervenant </td> </tr> </table>				Section réservée à la coordination clinique Signature de la personne autorisée:		Date :	Section réservée au centre de rendez-vous Date du rendez-vous :		Dates des messages <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____	Nom de l'intervenant :		<input type="checkbox"/> Refus de rendez-vous le _____ <input type="checkbox"/> Non rejoint (3 messages)* Remettre dans le casier de l'intervenant
OBJECTIF	PROGRAMME	MOTIFS DE RÉFÉRENCE																																													
Viser un arrêt tabagique	Cessation tabagique <input type="checkbox"/> Suivi individuel <input type="checkbox"/> Rencontres de groupe	<input type="checkbox"/> Fumeur désirant cesser <input type="checkbox"/> Fumeur en réflexion sur l'arrêt tabagique																																													
Connaître le lien entre le poids, la santé et les habitudes de vie	Saine gestion du poids <input type="checkbox"/> 3 rencontres de groupe et 1 suivi téléphonique	<input type="checkbox"/> Surplus de poids																																													
Favoriser une saine gestion du poids par une approche biopsychosociale visant à venir en aide aux femmes préoccupées par leur poids et leur image corporelle	Choisir de maigrir ? <ul style="list-style-type: none"> • 14 rencontres de groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Surplus de poids et trouble de l'image corporelle <p style="font-size: small;"><i>n.b. Compléter le formulaire d'inscription disponible en CLSC et sur le portail. Ne pas télécopier cette fiche d'inscription</i></p>																																													
Élaborer et mettre en œuvre un plan de traitement nutritionnel pour améliorer le contrôle d'un problème de santé	Nutrition clinique <input type="checkbox"/> Suivi individuel	<i>n.b. Annexer les analyses sanguines récentes si effectuées à l'extérieur du CSSL.</i>																																													
MOTIFS DE RÉFÉRENCE <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Incapacité de participer à un groupe <input type="checkbox"/> Allergie, intolérance alimentaire (lactose, fructose, etc.) <input type="checkbox"/> Anémie <input type="checkbox"/> Avitaminose <input type="checkbox"/> Calcul biliaire <input type="checkbox"/> Cirrhose <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse <input type="checkbox"/> Dénutrition/ maigreure ou risque important de dénutrition <input type="checkbox"/> Diarrhée/ constipation <input type="checkbox"/> Diverticulose symptomatique/ diverticulite <input type="checkbox"/> Dyspepsie <input type="checkbox"/> Hyperuricémie, goutte <input type="checkbox"/> Hypoglycémie réactionnelle </div> <div style="flex: 1;"> <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale stade 1, 2 et 3 (si pas suivi par néphrologue) <input type="checkbox"/> Intolérance au gluten / maladie cœliaque confirmée par gastro-entérologue (ou biopsie duodénale) <input type="checkbox"/> Lithiases urinaires <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> MPOC (maladie pulmonaire) à risque de dénutrition <input type="checkbox"/> Ostéoporose <input type="checkbox"/> Pancréatite <input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien (RGO) <input type="checkbox"/> Stéatose hépatique <input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable </div> </div>																																															
Provenance	Nom du référent :	Nom du médecin traitant :																																													
	Clinique :	Téléphone :	Fax :																																												
	Signature du référent (obligatoire) :																																														
<i>n.b. Veuillez informer le client qu'il sera contacté par une agente administrative dans les prochains jours, entre 8 h et 16 h.</i>																																															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="width: 60%;"> Section réservée à la coordination clinique Signature de la personne autorisée: </td> <td style="width: 40%; text-align: right;"> Date : </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;"> Section réservée au centre de rendez-vous Date du rendez-vous : </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;"> Dates des messages <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Nom de l'intervenant : </td> <td style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Refus de rendez-vous le _____ <input type="checkbox"/> Non rejoint (3 messages)* Remettre dans le casier de l'intervenant </td> </tr> </table>				Section réservée à la coordination clinique Signature de la personne autorisée:		Date :	Section réservée au centre de rendez-vous Date du rendez-vous :		Dates des messages <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____	Nom de l'intervenant :		<input type="checkbox"/> Refus de rendez-vous le _____ <input type="checkbox"/> Non rejoint (3 messages)* Remettre dans le casier de l'intervenant																																			
Section réservée à la coordination clinique Signature de la personne autorisée:		Date :																																													
Section réservée au centre de rendez-vous Date du rendez-vous :		Dates des messages <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> ____																																													
Nom de l'intervenant :		<input type="checkbox"/> Refus de rendez-vous le _____ <input type="checkbox"/> Non rejoint (3 messages)* Remettre dans le casier de l'intervenant																																													

Annexe XIII : Fiche de référence clinique planning – ITSS

Annexe XIV : Formulaire de demande pour consultation santé

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR CONSULTATION SANTÉ

1. Identification de l'étudiant :

Nom :	Prénom :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Numéro d'étudiant :	No de téléphone :	<input type="checkbox"/> cochez la façon de vous rejoindre si nous devons
Programme d'études :	Courriel :	<input type="checkbox"/> vous contacter

2. Motif de consultation :

- Santé mentale : compléter la demande de consultation psychosociale à l'endos
- Santé physique
- Dépistage ITSS – Avec symptômes
- Dépistage ITSS – Sans symptôme
- Contraception – Nouvelle prescription
- Contraception – Renouvellement
- Contraception – Changement
- Autre : _____

3. Docteur _____

4. Date du RV : _____

Signature de l'étudiant : _____ Date : _____

Annexe XV : Formulaire de demande pour consultation psychosociale

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR CONSULTATION PSYCHOSOCIALE		
1. Identification de l'étudiant :		
Nom : _____		Prénom : _____
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Numéro d'étudiant : _____	No de téléphone : _____	<input type="checkbox"/> cochez la façon de vous rejoindre si nous devons
Programme d'études : _____	Courriel : _____	<input type="checkbox"/> vous contacter
2. Motif de consultation :		
Symptômes dépressifs <input type="checkbox"/> Idées/Comportements suicidaires <input type="checkbox"/> Perte d'appétit, perte de poids <input type="checkbox"/> Auto-dépréciation <input type="checkbox"/> Gestion du temps <input type="checkbox"/> Perte d'intérêt, de motivation <input type="checkbox"/> Tristesse, pleurs fréquents	Problèmes scolaires <input type="checkbox"/> Difficultés d'apprentissage <input type="checkbox"/> Difficultés d'attention, distractibilité <input type="checkbox"/> Agitation motrice, impulsivité	Autres <input type="checkbox"/> Pertes/déuil <input type="checkbox"/> Estime de soi <input type="checkbox"/> Irritabilité, agressivité
Anxiété <input type="checkbox"/> Crise de panique <input type="checkbox"/> Craintes, peurs <input type="checkbox"/> Problèmes de sommeil <input type="checkbox"/> Gestion du stress	Problèmes familiaux ou relationnels <input type="checkbox"/> Relations familiales difficiles <input type="checkbox"/> Rupture ou déception amoureuse <input type="checkbox"/> Isolement ou difficultés sociales <input type="checkbox"/> Violence	
Explique brièvement ce qui t'amène à consulter : _____ _____ _____		
3. Suivis antérieurs : (psychologue, t.s., orthopédagogue, autre) _____ 4. Diagnostic déjà reçu : _____		
5. Référé par : _____		
Signature de l'étudiant : _____		Date : _____

Annexe XVI : Critères à considérer pour inscription à Alcochoix+

	0313488782	Critères à considérer pour inscription à Alcochoix+	
À photocopier au verso du DÉBA-Alcool et compléter après le DÉBA-A v1.9 / D v. 1.8 Simoneau, H., Landry, M. & Tremblay, J. (2005) joel.tremblay@uqtr.ca			-3-
No de dossier	Nom et Prénom de l'usager	Date de l'évaluation	No. dossier:
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Année Mois Jour
<p>Lorsque vous avez déterminé, à l'aide du DÉBA-A et DÉBA-D que la consommation de l'usager correspond à un niveau de service tel qu'offert en CLSC, vous pouvez ensuite évaluer si l'usager est éligible au programme Alcochoix+.</p> <p>Pour être éligible à Alcochoix+, l'usager ne doit pas dépasser les critères du DÉBA-A de référence en première ligne. De plus, il ne doit pas présenter une consommation de drogues dite à risques, telle qu'évaluée à l'aide du DÉBA-D. Il faut ensuite rappeler que le client inscriptible à Alcochoix+ prend généralement entre 15 et 35 consommations / semaine pour l'homme et la femme, mais en se rappelant que la quantité n'est pas un critère en soi. Plutôt, l'individu ne doit pas dépasser les critères du DÉBA-A pour l'éligibilité à des services de première ligne (donc l'évaluation du degré de dépendance et de l'importance des conséquences de la consommation d'alcool). De plus, vous demeurez prudent en surveillant l'évolution de la personne dans le programme. Il se peut que la personne révèle, à la suite de son acceptation dans le programme, une consommation plus élevée que celle révélée au départ ou encore qu'elle vous révèle une consommation de drogues dont elle n'avait pas parlé, etc. Vous devrez alors prendre une nouvelle décision d'orientation, de concert avec la personne. Vous devez exercer votre jugement et ne pas tenter de garder à tout prix l'usager dans le programme Alcochoix+ si sa situation de consommation ne correspond pas aux critères d'admission.</p>			
<u>Si un des critères suivant est présent, on ne peut admettre la personne à Alcochoix+</u>			
			<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
1. La personne dépasse les critères de consommation à risques pour les drogues, tel qu'évalué à l'aide du DÉBA-D (si oui, offrir autre type de suivi de première ligne)			1. <input type="radio"/> <input type="radio"/>
2. Un médecin vous a-t-il récemment demandé de cesser de boire en raison d'un problème médical (ex.: une maladie du foie, une pancréatite, etc.)? Si oui, orienter vers un programme d'abstinence.....			2. <input type="radio"/> <input type="radio"/>
3. Êtes-vous enceinte? Si oui, orienter vers un programme d'abstinence			3. <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<u>Autres critères à considérer</u>			
4. Traversez-vous actuellement une période de crise dans votre vie personnelle?..... Si oui, précisez: _____			4. <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>Si la personne vit une des situations de crise, évaluer si elle est si importante que la personne serait incapable de participer au programme. Parfois les situations de crise suscitent la motivation à agir. Il faut évaluer si la personne a besoin d'autres services concomitants.</p>			
5. Est-ce que vous vivez des difficultés psychologiques comme de la dépression, de l'anxiété ou d'autres difficultés de santé mentale (bien faire préciser la nature, la durée et l'intensité)? Est-ce que vous consultez un professionnel pour ces difficultés?			5. <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>Si la personne vit des difficultés de santé mentale, évaluer, tout comme la situation de crise, si elle est tellement importante que la personne serait incapable de participer au programme. Sinon, inscrire la personne au programme. À nouveau, évaluer la pertinence de services concomitants.</p>			
6. Prenez-vous des médicaments prescrits sur une base régulière? Si oui, lesquels? _____			6. <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<p>Est-ce que votre médecin ou pharmacien(e) vous a recommandé d'éviter l'alcool avec la prise de ce médicament? N.B.: En cas de doute, faire les vérifications auprès d'un médecin ou pharmacien et suivre sa recommandation.</p>			
<u>Commentaires</u>			
_____ Nom de l'évaluateur <input type="text"/>		_____ Signature de l'évaluateur DÉBA-A, v1.9s 2014-01-14-CAk	

Annexe XVII : Évaluation et suivi ITSS / Contraception

Annexe XVII (suite) : Évaluation et suivi ITSS / Contraception

Annexe XVIII : Initiation à la contraception hormonale et stérilet

2012

**Formulaire d'évaluation de
l'infirmière pour initier
la contraception hormonale
ou le stérilet**

MISE À JOUR - NOVEMBRE 2012

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

COLLEGE DES MÉDECINS ET DES CHIRURGIENS

Ordre des pharmaciens du Québec

Québec

• Institut national de santé publique
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

Annexe XVIII (suite) : Initiation à la contraception hormonale et stérilet

COORDINATION DES TRAVAUX

Suzanne Durand

Directrice

Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

GROUPE DE TRAVAIL

Manon Allard

Infirmière-conseil

Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

Shirley Lussier

Infirmière clinicienne en milieu scolaire

CSSS du Haut-Saint-Laurent

Renée-Claude Martin

Infirmière clinicienne, Clinique planning et sexualité

CSSS du Cœur-de-l'Île

Marie-José Richard

Infirmière clinicienne

Présidente de la Table de concertation des infirmières en santé des jeunes (12-18 ans) en milieu secondaire, région Montréal, CSSS Jeanne-Mance

CONSULTATION

Groupe de médecins experts dans le domaine de la contraception sous la direction de la

D^er Édith Guilbert, médecin-conseil

Institut national de santé publique du Québec

PRODUCTION

Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

COORDINATION

Sylvie Couture, Chef, Service des publications

Claire Demers, Adjointe à l'édition

RÉVISION LINGUISTIQUE

Claire Saint-Georges

CORRECTION D'ÉPREUVES

Odette Lord

CONCEPTION ET RÉALISATION GRAPHIQUE

Marc-Antoine Fiset

Marc Senécal

DISTRIBUTION

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Centre de documentation

4200, boulevard Dorchester Ouest

Westmount (Québec) H3Z 1V4

Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : 514 935-5273

cdoch@oiiq.org

www.oiiq.org

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

978-2-89229-480-4 (PDF), 1^{re} édition

978-2-89229-595-5 (PDF), mise à jour 2012

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ, le féminin est utilisé seulement pour alléger la présentation.

Ce formulaire peut être reproduit intégralement ou adapté selon les besoins.

Annexe XVIII (suite) : Initiation à la contraception hormonale et stérilet

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p> <p style="text-align: center;">ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE ET LE STÉRILET</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top; padding: 5px;">  <p>D T 3 0 0 0 0</p> </td> <td style="width: 70%; vertical-align: top; padding: 5px;"> IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____ NOM À LA NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ N.A.M. : _____ EXP : _____ / _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> Clinique ITSS et planning <input type="checkbox"/> GMF <input type="checkbox"/> Programme SIDEP <input type="checkbox"/> Santé scolaire <input type="checkbox"/> Soins généraux <input type="checkbox"/> Autre : </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Date de la consultation : _____ / _____ / _____ Âge _____ Parents au courant de la démarche : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, son nom : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Raison de la consultation : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Feuille sommaire médicale et liste de médicaments complétées: <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si non, complétez la section Bilan de Santé ci-dessous) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> BILAN DE SANTÉ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> ATCD personnels : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> ATCD gynécologiques : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Médication en cours : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Allergies ou intolérances : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> HABITUDES DE VIE (selon pertinence) </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Alimentation : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Activité physique : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Relations familiales : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Violence physique, verbale ou sexuelle : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Tabagisme : nb cig/jr : _____ Alcool : nb consommation/sem. : _____ Drogues : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Autres informations pertinentes : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> HISTOIRE GYNÉCOLOGIQUE </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> DDM : _____ / _____ / _____ Normale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Cycle : _____ Durée des menstruations : _____ jrs Flux : <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abondant </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Saignement inter menstrual : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Dysménorrhée : <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère Traitement : _____ Soulagement : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Ménarche : _____ G : _____ P : _____ A : _____ Spontané : _____ Coïtarche : _____ Provoqué : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Dernier examen gynécologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Dernier test Pap : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> Autres informations pertinentes : _____ </td> </tr> </table>	 <p>D T 3 0 0 0 0</p>	IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____ NOM À LA NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ N.A.M. : _____ EXP : _____ / _____	<input type="checkbox"/> Clinique ITSS et planning <input type="checkbox"/> GMF <input type="checkbox"/> Programme SIDEP <input type="checkbox"/> Santé scolaire <input type="checkbox"/> Soins généraux <input type="checkbox"/> Autre :		Date de la consultation : _____ / _____ / _____ Âge _____ Parents au courant de la démarche : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, son nom : _____		Raison de la consultation : _____		Feuille sommaire médicale et liste de médicaments complétées: <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si non, complétez la section Bilan de Santé ci-dessous)		BILAN DE SANTÉ		ATCD personnels : _____		ATCD gynécologiques : _____		Médication en cours : _____		Allergies ou intolérances : _____		HABITUDES DE VIE (selon pertinence)		Alimentation : _____		Activité physique : _____		Relations familiales : _____		Violence physique, verbale ou sexuelle : _____		Tabagisme : nb cig/jr : _____ Alcool : nb consommation/sem. : _____ Drogues : _____		Autres informations pertinentes : _____		HISTOIRE GYNÉCOLOGIQUE		DDM : _____ / _____ / _____ Normale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : _____		Cycle : _____ Durée des menstruations : _____ jrs Flux : <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abondant		Saignement inter menstrual : _____		Dysménorrhée : <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère Traitement : _____ Soulagement : _____		Ménarche : _____ G : _____ P : _____ A : _____ Spontané : _____ Coïtarche : _____ Provoqué : _____		Dernier examen gynécologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : _____		Dernier test Pap : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : _____		Autres informations pertinentes : _____	
 <p>D T 3 0 0 0 0</p>	IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____ NOM À LA NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ N.A.M. : _____ EXP : _____ / _____																																																						
<input type="checkbox"/> Clinique ITSS et planning <input type="checkbox"/> GMF <input type="checkbox"/> Programme SIDEP <input type="checkbox"/> Santé scolaire <input type="checkbox"/> Soins généraux <input type="checkbox"/> Autre :																																																							
Date de la consultation : _____ / _____ / _____ Âge _____ Parents au courant de la démarche : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui																																																							
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, son nom : _____																																																							
Raison de la consultation : _____																																																							
Feuille sommaire médicale et liste de médicaments complétées: <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si non, complétez la section Bilan de Santé ci-dessous)																																																							
BILAN DE SANTÉ																																																							
ATCD personnels : _____																																																							
ATCD gynécologiques : _____																																																							
Médication en cours : _____																																																							
Allergies ou intolérances : _____																																																							
HABITUDES DE VIE (selon pertinence)																																																							
Alimentation : _____																																																							
Activité physique : _____																																																							
Relations familiales : _____																																																							
Violence physique, verbale ou sexuelle : _____																																																							
Tabagisme : nb cig/jr : _____ Alcool : nb consommation/sem. : _____ Drogues : _____																																																							
Autres informations pertinentes : _____																																																							
HISTOIRE GYNÉCOLOGIQUE																																																							
DDM : _____ / _____ / _____ Normale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : _____																																																							
Cycle : _____ Durée des menstruations : _____ jrs Flux : <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abondant																																																							
Saignement inter menstrual : _____																																																							
Dysménorrhée : <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère Traitement : _____ Soulagement : _____																																																							
Ménarche : _____ G : _____ P : _____ A : _____ Spontané : _____ Coïtarche : _____ Provoqué : _____																																																							
Dernier examen gynécologique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : _____																																																							
Dernier test Pap : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date : _____																																																							
Autres informations pertinentes : _____																																																							
68-000-478 ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE - INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET 1 de 6 Rév.: 2015-07-02 DOSSIER MEDICAL																																																							

Annexe XVIII (suite) : Initiation à la contraception hormonale et stérilet

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p> <p style="text-align: center;">ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET</p>	<p>IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____</p> <p>NOM À LA NAISSANCE : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____</p> <p>N.A.M. : _____ EXP. : _____ / _____</p>																				
<p>PROFILS DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT(ITS) OU PAR SANG ET DE LA CONTRACEPTION</p> <p>Partenaire stable : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, depuis : _____ Partenaire hors couple : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Nombre de partenaires depuis : Les deux derniers mois : _____ La dernière année : _____</p> <p>Protection contre ITSS : <input type="checkbox"/> Toujours <input type="checkbox"/> Souvent <input type="checkbox"/> Parfois <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p>Dépistage ITSS antérieur : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date : _____</p> <p>Relation sexuelle non protégée depuis les dernières menstruations : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, date de la dernière relation non protégée : _____</p> <p>Prise antérieure de la contraception orale d'urgence (COU) : _____</p> <p>Contraception actuelle : _____</p> <p>Contraceptions antérieures :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Méthode (comprimé; spécifier le nom)</th> <th>Âge</th> <th>Durée d'utilisation</th> <th>Observance / Raison de l'arrêt / Effets indésirables</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Type de contraception à laquelle la cliente semble s'intéresser : _____</p> <p>Assurance médicament : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Publique <input type="checkbox"/> Humanitaire</p> <p>ÉVALUATION</p> <p>TA _____ / _____ 2^e prise TA prn _____ / _____</p> <p>Poids : _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg Taille : _____ <input type="checkbox"/> pieds et pouces <input type="checkbox"/> cm IMC = _____</p> <p>Test de grossesse fait (au besoin) : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif _____</p> <p>Dépistage gonorrhée et chlamydia fait (si l'installation le permet) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Remise de la COU selon l'ordonnance collective # 114 (au besoin) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>CONTRE-INDICATIONS À LA CONTRACEPTION HORMONALE ET DU STÉRILET (dans le cadre de l'ordonnance collective)</p> <p>Il est recommandé de diriger vers le médecin ou l'IPS les femmes dont l'état de santé soulève une hésitation quant à l'initiation d'une des méthodes contraceptives énumérées ci-dessous, par exemple celles qui ont subi une chirurgie bariatrique, celles qui présentent une pathologie rare ou de multiples pathologies.</p>		Méthode (comprimé; spécifier le nom)	Âge	Durée d'utilisation	Observance / Raison de l'arrêt / Effets indésirables																
Méthode (comprimé; spécifier le nom)	Âge	Durée d'utilisation	Observance / Raison de l'arrêt / Effets indésirables																		

68-000-478
Rév.: 2015-07-02
DOSSIER MEDICAL

ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE - INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET

2 de 6

Annexe XVIII (suite) : Initiation à la contraception hormonale et stérilet

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p>	 <p>D T 3 0 0 0 0</p> <p>ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET</p>	<p>IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____</p> <p>NOM À LA NAISSANCE : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____</p> <p>N.A.M. : _____ EXP. : _____ / _____</p>																																																																																																
<p>CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Grossesse</td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> < 6 semaines post-partum</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Allaitement</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hypertension artérielle nouvelle (systolique \geq 140 mmHg, diastolique \geq 90 mmHg) ou hypertension artérielle maîtrisée par une médication</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antécédent de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du 1^{er} degré (père, mère, frère, sœur)</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antécédent d'accident vasculaire cérébral</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cardiopathie valvulaire compliquée</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lupus érythémateux</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabète non compliqué mais d'une durée de plus de 20 ans</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hépatite aiguë, cirrhose sévère, affection vésiculaire symptomatique, antécédent de cholestase sous contraception hormonale combinée</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antécédent de pancréatite</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Antécédent d'hypertriglycéridémie</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Immobilisation prolongée actuelle</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Femme de 35 ans et plus qui présente au moins une des conditions suivantes :</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Qui fume</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Qui est obèse (indice de masse corporelle $>$ 30)</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Qui présente des migraines de toute nature</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Diabétique</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec les contraceptifs oraux combinés :</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> anticonvulsivants : carbamazépine (Tegretol^{MD}), oxcarbazépine (Trileptal^{MD}), primidone, topiramate (Topamax^{MD}), phénobarbital, phénytoïne (Dilantin^{MD}), lamotrigine (Lamictal^{MD})</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> antirétroviraux : inhibiteurs de la protéase : fosampénavir (Telzir^{MD}), atazanavir (Reyataz^{MD}), lopinavir + ritonavir (Kaletra^{MD}), indinavir (Crixivan^{MD}), nelfinavir (Viracept^{MD}), ritonavir (Norvir^{MD}), saquinavir (Invirase^{MD})</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> antibiotique : rifampicine (Rifadin^{MD}), rifabutine (Mycobutin^{MD})</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> autre : millepertuis</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> < 6 semaines post-partum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle nouvelle (systolique \geq 140 mmHg, diastolique \geq 90 mmHg) ou hypertension artérielle maîtrisée par une médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antécédent de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du 1 ^{er} degré (père, mère, frère, sœur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antécédent d'accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cardiopathie valvulaire compliquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabète non compliqué mais d'une durée de plus de 20 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hépatite aiguë, cirrhose sévère, affection vésiculaire symptomatique, antécédent de cholestase sous contraception hormonale combinée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antécédent de pancréatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antécédent d'hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Immobilisation prolongée actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Femme de 35 ans et plus qui présente au moins une des conditions suivantes :			<input checked="" type="checkbox"/> Qui fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Qui est obèse (indice de masse corporelle $>$ 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Qui présente des migraines de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec les contraceptifs oraux combinés :			<input checked="" type="checkbox"/> anticonvulsivants : carbamazépine (Tegretol ^{MD}), oxcarbazépine (Trileptal ^{MD}), primidone, topiramate (Topamax ^{MD}), phénobarbital, phénytoïne (Dilantin ^{MD}), lamotrigine (Lamictal ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> antirétroviraux : inhibiteurs de la protéase : fosampénavir (Telzir ^{MD}), atazanavir (Reyataz ^{MD}), lopinavir + ritonavir (Kaletra ^{MD}), indinavir (Crixivan ^{MD}), nelfinavir (Viracept ^{MD}), ritonavir (Norvir ^{MD}), saquinavir (Invirase ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> antibiotique : rifampicine (Rifadin ^{MD}), rifabutine (Mycobutin ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> autre : millepertuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>68-000-478</p> <p>Rév. : 2015-07-02</p> <p>DOSSIER MÉDICAL</p>
<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> < 6 semaines post-partum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle nouvelle (systolique \geq 140 mmHg, diastolique \geq 90 mmHg) ou hypertension artérielle maîtrisée par une médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Antécédent de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Thrombo-embolie veineuse et anticoagulothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du 1 ^{er} degré (père, mère, frère, sœur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Cardiopathie ischémique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Antécédent d'accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Cardiopathie valvulaire compliquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Migraine avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Diabète non compliqué mais d'une durée de plus de 20 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Hépatite aiguë, cirrhose sévère, affection vésiculaire symptomatique, antécédent de cholestase sous contraception hormonale combinée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Antécédent de pancréatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Antécédent d'hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Chirurgie majeure avec immobilisation prolongée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Immobilisation prolongée actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Femme de 35 ans et plus qui présente au moins une des conditions suivantes :																																																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> Qui fume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Qui est obèse (indice de masse corporelle $>$ 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Qui présente des migraines de toute nature	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input checked="" type="checkbox"/> Diabétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input type="checkbox"/> Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec les contraceptifs oraux combinés :																																																																																																		
<input checked="" type="checkbox"/> anticonvulsivants : carbamazépine (Tegretol ^{MD}), oxcarbazépine (Trileptal ^{MD}), primidone, topiramate (Topamax ^{MD}), phénobarbital, phénytoïne (Dilantin ^{MD}), lamotrigine (Lamictal ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input checked="" type="checkbox"/> antirétroviraux : inhibiteurs de la protéase : fosampénavir (Telzir ^{MD}), atazanavir (Reyataz ^{MD}), lopinavir + ritonavir (Kaletra ^{MD}), indinavir (Crixivan ^{MD}), nelfinavir (Viracept ^{MD}), ritonavir (Norvir ^{MD}), saquinavir (Invirase ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input checked="" type="checkbox"/> antibiotique : rifampicine (Rifadin ^{MD}), rifabutine (Mycobutin ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
<input checked="" type="checkbox"/> autre : millepertuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																
		<p>ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE - INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET</p>																																																																																																
<p>3 de 6</p>																																																																																																		

Annexe XVIII (suite) : Initiation à la contraception hormonale et stérilet

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p> <p style="text-align: center;">ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET</p>	<p>IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____</p> <p>NOM À LA NAISSANCE : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____</p> <p>N.A.M. : _____ EXP : _____ / _____</p>																																													
TIMBRE CONTRACEPTIF																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">■ Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Femme qui a un indice de masse corporelle ≥ 30</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Trouble cutané généralisé</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		■ Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Femme qui a un indice de masse corporelle ≥ 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Trouble cutané généralisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
■ Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Femme qui a un indice de masse corporelle ≥ 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Trouble cutané généralisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
ANNEAU VAGINAL CONTRACEPTIF																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">■ Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés.</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Sténose vaginale</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Anomalie structurelle du vagin</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Prolapsus utéro-vaginal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		■ Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Sténose vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Anomalie structurelle du vagin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Prolapsus utéro-vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
■ Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Sténose vaginale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Anomalie structurelle du vagin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Prolapsus utéro-vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
CONTRACEPTIF ORAL À PROGESTATIF SEUL																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">■ Grossesse</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Allaitement et croissance du nourrisson non-optimaux</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Thrombo-embolie veineuse actuelle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Cardiopathie ischémique actuelle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Lupus érythémateux</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Cirrhose sévère, hépatite aiguë</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral à progestatif seul :</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ✓ anticonvulsivants : carbamazépine (Tegretol^{MD}), oxcarbazépine (Trileptal^{MD}), primidone, topiramate (Topamax^{MD}), phénobarbital, phénytoïne (Dilantin^{MD}), lamotrigine (Lamictal^{MD})</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ✓ antirétroviraux : inhibiteurs de la protéase : fosamprénavir (Telzir^{MD}), atazanavir (Reyataz^{MD}), lopinavir + ritonavir (Kaletra^{MD}), indinavir (Crixivan^{MD}), nelfinavir (Viracept^{MD}), ritonavir (Norvir^{MD}), saquinavir (Invirase^{MD})</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ✓ antibiotique : rifampicine (Rifadin^{MD}), rifabutine (Mycobutin^{MD})</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> ✓ autre : millepertuis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		■ Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Allaitement et croissance du nourrisson non-optimaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Thrombo-embolie veineuse actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Cardiopathie ischémique actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Cirrhose sévère, hépatite aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral à progestatif seul :	<input type="checkbox"/>		✓ anticonvulsivants : carbamazépine (Tegretol ^{MD}), oxcarbazépine (Trileptal ^{MD}), primidone, topiramate (Topamax ^{MD}), phénobarbital, phénytoïne (Dilantin ^{MD}), lamotrigine (Lamictal ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ antirétroviraux : inhibiteurs de la protéase : fosamprénavir (Telzir ^{MD}), atazanavir (Reyataz ^{MD}), lopinavir + ritonavir (Kaletra ^{MD}), indinavir (Crixivan ^{MD}), nelfinavir (Viracept ^{MD}), ritonavir (Norvir ^{MD}), saquinavir (Invirase ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ antibiotique : rifampicine (Rifadin ^{MD}), rifabutine (Mycobutin ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	✓ autre : millepertuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
■ Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Allaitement et croissance du nourrisson non-optimaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Thrombo-embolie veineuse actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Cardiopathie ischémique actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Cirrhose sévère, hépatite aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Utilisation de médicaments ou de substances pouvant interagir avec le contraceptif oral à progestatif seul :	<input type="checkbox"/>																																													
✓ anticonvulsivants : carbamazépine (Tegretol ^{MD}), oxcarbazépine (Trileptal ^{MD}), primidone, topiramate (Topamax ^{MD}), phénobarbital, phénytoïne (Dilantin ^{MD}), lamotrigine (Lamictal ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
✓ antirétroviraux : inhibiteurs de la protéase : fosamprénavir (Telzir ^{MD}), atazanavir (Reyataz ^{MD}), lopinavir + ritonavir (Kaletra ^{MD}), indinavir (Crixivan ^{MD}), nelfinavir (Viracept ^{MD}), ritonavir (Norvir ^{MD}), saquinavir (Invirase ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
✓ antibiotique : rifampicine (Rifadin ^{MD}), rifabutine (Mycobutin ^{MD})	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
✓ autre : millepertuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
INJECTION CONTRACEPTIVE																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">■ Grossesse</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Thrombo-embolie veineuse profonde actuelle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Cardiopathie ischémique actuelle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Lupus érythémateux</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Cirrhose sévère</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Diabète non compliquée mais d'une durée de plus de 20 ans</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Hypertension artérielle (systolique ≥ 160 mmHg, diastolique ≥ 100 mmHg)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (âge élevé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>■ Saignement vaginal inexpliqué</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		■ Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Thrombo-embolie veineuse profonde actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Cardiopathie ischémique actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Cirrhose sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Diabète non compliquée mais d'une durée de plus de 20 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Hypertension artérielle (systolique ≥ 160 mmHg, diastolique ≥ 100 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (âge élevé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	■ Saignement vaginal inexpliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
■ Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Antécédent personnel de cancer du sein ou cancer du sein actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Thrombo-embolie veineuse profonde actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Cardiopathie ischémique actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Cirrhose sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Diabète accompagné de rétinopathie, de néphropathie ou de neuropathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Diabète non compliquée mais d'une durée de plus de 20 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Hypertension artérielle (systolique ≥ 160 mmHg, diastolique ≥ 100 mmHg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Cumul de plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (âge élevé, tabagisme, diabète, hypertension artérielle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
■ Saignement vaginal inexpliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
<small>68-000-478 Rév. 2015-07-02 DOSSIER MÉDICAL</small>																																														
<small>ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE - INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET</small>																																														
<small>4 de 6</small>																																														

Annexe XVIII (suite) : Initiation à la contraception hormonale et stérilet

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p>	 D T 3 0 0 0	IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____ NOM À LA NAISSANCE : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ N.A.M. : _____ EXP : _____ / _____																																																																																																												
<p style="text-align: center;">ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left; padding: 5px;">STÉRILET AU CUIVRE</th> <th style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;">OUI</th> <th style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;">NON</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Grossesse</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Septicémie puerpérale</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Avortement septique</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lupus érythémateux</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Saignement vaginal inexpliqué</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Maladie trophoblastique (histoire de mole hydatiforme)</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Antécédent personnel de cancer du col ou de l'endomètre</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Anomalie anatomique connue de l'utérus</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Antécédent personnel de transplantation d'organe</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Infection pelvienne actuelle</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Infection actuelle de chlamydia et/ou de gonorrhée</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tuberculose pelvienne</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hypersensibilité au cuivre</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Endométriose</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Patiente anticoagulée</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 10px;"> STÉRILET AU LEVONORGESTREL </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 5px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Grossesse</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Septicémie puerpérale</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Avortement septique</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lupus érythémateux</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Saignement vaginal inexpliqué</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cancer du col ou de l'endomètre</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cancer du sein</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Anomalie anatomique connue de l'utérus</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Antécédent personnel de transplantation d'organe</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Infection pelvienne actuelle</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Infection actuelle de chlamydia et/ou de gonorrhée</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tuberculose pelvienne</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cirrhose sévère</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hypersensibilité au levonorgestrel</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 10px; vertical-align: top;"> Note complémentaire aux contre-indications : _____ _____ _____ _____ _____ </td> </tr> </table>			STÉRILET AU CUIVRE	OUI	NON	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Septicémie puerpérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avortement septique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Saignement vaginal inexpliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maladie trophoblastique (histoire de mole hydatiforme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antécédent personnel de cancer du col ou de l'endomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anomalie anatomique connue de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antécédent personnel de transplantation d'organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infection pelvienne actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infection actuelle de chlamydia et/ou de gonorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberculose pelvienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hypersensibilité au cuivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Endométriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patiente anticoagulée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	STÉRILET AU LEVONORGESTREL			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Grossesse</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Septicémie puerpérale</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Avortement septique</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lupus érythémateux</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Saignement vaginal inexpliqué</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cancer du col ou de l'endomètre</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cancer du sein</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Anomalie anatomique connue de l'utérus</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Antécédent personnel de transplantation d'organe</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Infection pelvienne actuelle</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Infection actuelle de chlamydia et/ou de gonorrhée</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tuberculose pelvienne</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cirrhose sévère</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hypersensibilité au levonorgestrel</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Septicémie puerpérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avortement septique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Saignement vaginal inexpliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cancer du col ou de l'endomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anomalie anatomique connue de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antécédent personnel de transplantation d'organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infection pelvienne actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infection actuelle de chlamydia et/ou de gonorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberculose pelvienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cirrhose sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hypersensibilité au levonorgestrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Note complémentaire aux contre-indications : _____ _____ _____ _____ _____		
STÉRILET AU CUIVRE	OUI	NON																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Septicémie puerpérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Avortement septique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Saignement vaginal inexpliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Maladie trophoblastique (histoire de mole hydatiforme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Antécédent personnel de cancer du col ou de l'endomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Anomalie anatomique connue de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Antécédent personnel de transplantation d'organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Infection pelvienne actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Infection actuelle de chlamydia et/ou de gonorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Tuberculose pelvienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Hypersensibilité au cuivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Endométriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Patiente anticoagulée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
STÉRILET AU LEVONORGESTREL																																																																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Grossesse</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Septicémie puerpérale</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Avortement septique</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Lupus érythémateux</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Saignement vaginal inexpliqué</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cancer du col ou de l'endomètre</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cancer du sein</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Anomalie anatomique connue de l'utérus</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Antécédent personnel de transplantation d'organe</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Infection pelvienne actuelle</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Infection actuelle de chlamydia et/ou de gonorrhée</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tuberculose pelvienne</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Cirrhose sévère</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Hypersensibilité au levonorgestrel</td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; width: 20px; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Septicémie puerpérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Avortement septique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Saignement vaginal inexpliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cancer du col ou de l'endomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anomalie anatomique connue de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antécédent personnel de transplantation d'organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infection pelvienne actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infection actuelle de chlamydia et/ou de gonorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tuberculose pelvienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cirrhose sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hypersensibilité au levonorgestrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																												
<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Septicémie puerpérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Avortement septique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Saignement vaginal inexpliqué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Cancer du col ou de l'endomètre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Cancer du sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Anomalie anatomique connue de l'utérus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Antécédent personnel de transplantation d'organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Infection pelvienne actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Infection actuelle de chlamydia et/ou de gonorrhée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Tuberculose pelvienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Cirrhose sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Tumeur hépatique (adénome hépatocellulaire, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
<input type="checkbox"/> Hypersensibilité au levonorgestrel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																												
Note complémentaire aux contre-indications : _____ _____ _____ _____ _____																																																																																																														

68-000-478
Rév.: 2015-07-02
DOSSIER MÉDICAL

ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE - INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET

5 de 6

Annexe XVIII (suite) : Initiation à la contraception hormonale et stérilet

<p>Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>Québec</p> <p style="text-align: center;">ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET</p>	<p>IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____</p> <p>NOM À LA NAISSANCE : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____</p> <p>N.A.M. : _____ EXP : _____ / _____</p>
<p>HYPOTHÈSE CLINIQUE Contraceptif choisi par la cliente (tel qu'il apparaît sur le formulaire de liaison) : _____</p>	
<p>INTERVENTIONS</p> <p>Enseignement de la méthode choisie : <input type="checkbox"/> Mode d'action <input type="checkbox"/> Mode d'utilisation <input type="checkbox"/> Conduite en cas d'oubli</p> <p><input type="checkbox"/> Recommandations concernant le début de la contraception Préciser : _____ <input type="checkbox"/> Information sur le renouvellement du contraceptif Préciser : _____ <input type="checkbox"/> Effets secondaires possibles <input type="checkbox"/> Risque de thrombo-embolie veineuse (TEV) expliqué, les symptômes à surveiller et la conduite à tenir <input type="checkbox"/> Démonstration de la pose du condom <input type="checkbox"/> Information sur le dépistage des ITSS <input type="checkbox"/> Vérification de l'immunisation contre le VPH et l'hépatite B <input type="checkbox"/> Double protection (grossesse-ITSS) <input type="checkbox"/> Évaluation de l'intention d'utiliser la double protection <input type="checkbox"/> Remise de condoms <input type="checkbox"/> Information sur la COU <input type="checkbox"/> Ressources dans la communauté <input type="checkbox"/> Remise de documentation : <input type="checkbox"/> Contraceptif choisi <input type="checkbox"/> Oublis de comprimé <input type="checkbox"/> Condoms <input type="checkbox"/> Cliniques ITSS-contraception</p>	
<p>VALIDATION DE LA COMPRÉHENSION</p> <p>La cliente comprend les conseils donnés et peut les mettre en pratique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Orientation vers le médecin ou l'IPS en raison de contre-indications <input type="checkbox"/> Orientation pour la pose de stérilet <input type="checkbox"/> Orientation pour la pose de stérilet d'urgence. Raison : _____ <input type="checkbox"/> Administration de COU selon l'OC-114 <input type="checkbox"/> Orientation pour dépistage ITSS vers les ressources disponibles <input type="checkbox"/> Procéder au dépistage des ITSS selon le Programme québécois de dépistage des ITSS <input type="checkbox"/> Remise du formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective signée par l'infirmière <input type="checkbox"/> Remise du contraceptif¹</p> <p>Autres : _____</p>	
<p>PLANIFICATION DU SUIVI</p> <p>Prochain rencontre suggérée avec l'infirmière (au besoin) : _____</p> <p>Suivi avec un médecin ou une IPS prévu dans un délai maximal de 12 mois pour l'obtention d'une ordonnance individuelle : _____</p>	
<p>Signature de l'infirmière : _____ Date : _____</p> <p><small>¹ L'infirmière, qui est en partenariat avec un médecin, peut remettre un échantillon pour évaluer la réponse clinique de la clientèle et non pour faire la promotion d'un produit. Voir: Pour des relations professionnelles intégrées – Orientations à l'intention des infirmières concernant l'indépendance professionnelle et les conflits d'intérêt, Montréal, OIIQ, 2006.</small></p>	
<p>68-000-478 ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE - INITIER LA CONTRACEPTION HORMONALE OU LE STÉRILET 6 de 6</p> <p>Rev.: 2015-07-02 DOSSIER MEDICAL</p>	

Annexe XIX : Contraception orale d'urgence – Évaluation du personnel infirmier

 <p>CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE</p>	<p>IDENTIFICATION DE L'USAGER No. DOSSIER _____</p> <p>NOM À LA NAISSANCE : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ SEXE : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M</p> <p>N.A.M. : _____ EXP. : _____ / _____</p>
<input type="checkbox"/> FEJ <input type="checkbox"/> PPALV <input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Santé physique <input type="checkbox"/> Services généraux	
<p>QUESTIONNAIRE</p> <p>Âge : _____</p> <p>Date des dernières menstruations : _____</p> <p>Menstruations normales <input type="checkbox"/></p> <p>Cycle menstrual : _____</p> <p>Date et heure de la dernière relation sexuelle non protégée : _____</p> <p>Autres relations sexuelles non protégées depuis les dernières menstruations : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> date(s) _____</p> <p>Contraception habituelle : _____</p> <p>Partenaire depuis : _____</p> <p>Prise antérieure de la pilule du lendemain : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> _____ fois G _____ P _____ A _____</p> <p>RAISON(S) DE LA CONSULTATION</p> <p><input type="checkbox"/> Aucune contraception <input type="checkbox"/> Échec au condom <input type="checkbox"/> Vomissements de 1 co < 1 h après la prise et non repris en dedans de 24 h <input type="checkbox"/> Oubli ou port prolongé d'un contraceptif (selon ordonnance collective) : _____ <input type="checkbox"/> Contexte agression sexuelle (se référer au protocole VAS) <input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>CONDUITE</p> <p><input type="checkbox"/> Test de grossesse si pertinent, résultat : _____ <input type="checkbox"/> Enseignement sur le Lévonorgestrel <input type="checkbox"/> Contraception orale d'urgence donnée (2 co de Lévonorgestrel, 0,75 mg/co) <input type="checkbox"/> Feuillet d'information remis <input type="checkbox"/> Test de grossesse dans 3 semaines si non menstruée ou menstruations anormales <input type="checkbox"/> Information sur les risques ITSS <input type="checkbox"/> Information sur la reprise de la contraception habituelle (voir ordonnance collective) <input type="checkbox"/> Initiation de la contraception hormonale régulière (voir autre formulaire) <input type="checkbox"/> Orientation pour contraception régulière : <input type="checkbox"/> Clinique planning/ITSS <input type="checkbox"/> médecin de famille <input type="checkbox"/> Infirmière scolaire <input type="checkbox"/> Médecin à consulter</p> <p>CONSENTEMENT</p> <p>J'autorise les professionnels de cet établissement à faire les examens et les traitements nécessaires.</p> <p>Témoin : _____ Signature : _____</p> <p>Signature de l'infirmière : _____ Date : _____ Heure : _____</p>	
66-500-171 CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE – ÉVALUATION DE L'INFIRMIÈRE 1 de 1 Rév. 2013-06-11 DOSSIER MÉDICAL	



ANNEXES : Outils de détection

Annexe XX : DEP-ADO

 3849396103	DEP-ADO GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES Version 3.2a - Octobre 2013	<input type="text"/> No. dossier																																																																								
Date : <input type="text"/> Année <input type="text"/> Mois <input type="text"/> Jour		Quel est ton niveau scolaire actuel?																																																																								
Nom: _____ (facultatif)		<input type="radio"/> Secondaire I <input type="radio"/> Secondaire II <input type="radio"/> Secondaire III <input type="radio"/> Secondaire IV <input type="radio"/> Secondaire V <input type="radio"/> Autre niveau _____ préciser																																																																								
Âge : <input type="text"/>		Sexe : <input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille																																																																								
1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? (noircir une seule réponse par produit)																																																																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Notes (produits, qté, etc.)</th> <th style="width: 15%;">Pas consommé</th> <th style="width: 15%;">À l'occasion</th> <th style="width: 15%;">Une fois par mois environ</th> <th style="width: 15%;">La fin de semaine ou une à deux fois par semaine</th> <th style="width: 15%;">3 fois et + par semaine mais pas tous les jours</th> <th style="width: 15%;">Tous les jours</th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alcool</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Colle/solvant</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Héroïne (ex.: smack)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Amphétamines/speed (ex.: upper)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres*</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Notes (produits, qté, etc.)	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours		Alcool	<input type="radio"/>		Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.)	<input type="radio"/>		Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.)	<input type="radio"/>		Colle/solvant	<input type="radio"/>		Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="radio"/>		Héroïne (ex.: smack)	<input type="radio"/>		Amphétamines/speed (ex.: upper)	<input type="radio"/>		Autres*	<input type="radio"/>																																									
Notes (produits, qté, etc.)	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours																																																																				
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																				
Cannabis (ex.: mari, pot, haschich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																				
Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																				
Colle/solvant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																				
Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																				
Héroïne (ex.: smack)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																				
Amphétamines/speed (ex.: upper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																				
Autres*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																				
<small>* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans prescription : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.</small>																																																																										
2. a) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ? (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois)																																																																										
<input type="radio"/> Oui → Passez à 2b <input type="radio"/> Non → Passez à 3																																																																										
b) À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement de l'alcool? (1 fois/semaine pendant au moins 1 mois) ans																																																																										
..... une ou des drogues? ans																																																																										
3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ? (noircir la réponse)																																																																										
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																																																																										
Si à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés, → passe à la question 7																																																																										
4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours?																																																																										
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																																																																										

-1-

Toute reproduction ou utilisation de cette grille doit porter la mention: RISQ, Germain, M., Guyon, L., Landry, M., Tremblay, J., Brunelle, N., Bergeron, J.
© RISQ, 1999, 2000, 2003, 2005, 2007
Version 3.2 - Octobre 2013

Annexe XX (suite) : DEP-ADO

 RISQ Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec	DEP-ADO Version 3.2a - Octobre 2013	<table border="1" style="margin-bottom: 5px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> No. dossier					
<p>5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris:</p> <p>a) <u>Garçon</u></p> <ul style="list-style-type: none"> i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ? ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ? <p>b) <u>Fille</u></p> <ul style="list-style-type: none"> i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ? <p>6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ? (noircir la réponse)</p> <ul style="list-style-type: none"> a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex.: problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.)..... b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.)..... c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille..... d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse..... e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.)..... f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue..... g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)..... h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)..... i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi..... j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant..... <p>7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois ? (noircir une seule réponse)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding-right: 20px;"> <input type="radio"/> Pas consommé <input type="radio"/> À l'occasion <input type="radio"/> Une fois par mois environ </td> <td style="width: 50%;"> <input type="radio"/> La fin de semaine ou une à deux fois par semaine <input type="radio"/> 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours <input type="radio"/> Tous les jours </td> </tr> </table>			<input type="radio"/> Pas consommé <input type="radio"/> À l'occasion <input type="radio"/> Une fois par mois environ	<input type="radio"/> La fin de semaine ou une à deux fois par semaine <input type="radio"/> 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours <input type="radio"/> Tous les jours			
<input type="radio"/> Pas consommé <input type="radio"/> À l'occasion <input type="radio"/> Une fois par mois environ	<input type="radio"/> La fin de semaine ou une à deux fois par semaine <input type="radio"/> 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours <input type="radio"/> Tous les jours						
SCORES BRUTS FACTORIELS SCORE TOTAL <i>Entourez le FEU correspondant</i> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td>V</td><td>J</td><td>R</td></tr> </table>					V	J	R
V	J	R					
<i>Signature de l'intervenant(e)</i>							
© RISQ, 1999, 2000, 2003, 2005, 2007 -2- Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec 1605, chemin Sainte-Foy, C.P. 14, Québec (Québec) G1S 2P1 Tél.: (418) 659-2170 poste 2814 Téléc.: (418) 659-6674 Courriel: Risqtoxico@uqtr.ca http://www.risqtoxico.ca 7098396103							

Annexe XX (suite) : DEP-ADO



DEP-ADO

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL ET DE DROGUES CHEZ LES

ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES

Version 3.2 – septembre 2007¹

GRILLE DE COTATION

- 1. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AS-TU CONSOMMÉ L'UN DE CES PRODUITS ET SI OUI QUELLE A ÉTÉ LA FRÉQUENCE DE TA CONSOMMATION ?**

	Pas consommé	A l'occasion	1 fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	1	2	3	4	5
Cannabis	0	1	2	3	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/Solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	1	2	3	4	5
Amphétamines / speed	0	1	2	3	4	5
Autres*	0	1	2	3	4	5

* médicaments sans prescription, barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. b) À QUEL ÂGE AS-TU COMMENCÉ À CONSOMMER RÉGULIÈREMENT ?

ALCOOL < 12 ans = 3 DROGUE < 14 ans = 3
 12 à 15 ans = 2 14 à 15 ans = 2
 16 ans ou + = 1 16 ans ou + = 1

- ### **3. AU COURS DE TA VIE, T'ES-TU DÉJÀ INJECTÉ(E) DES DROGUES ?**

- 4. AS-TU CONSOMMÉ DE L'ALCOOL OU D'AUTRES DROGUES AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS ?**

- 5. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS COMBBIEN DE FOIS AS-TU PRIS 8 (GARÇON) 5 (FILLE) CONSOMMATIONS D'ALCOOL OU PLUS DANS UNE MÊME OCCASION ?**

AUCUNE FOIS = 0 1 À 2 FOIS = 1 3 À 25 FOIS = 2 26 FOIS ET + = 3

- 6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, CELA T'EST-IL ARRIVÉ... :**

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

INTERVENTION DES MÉDECINS

13 et moins	= Feu vert	• pas de problème évident (aucune intervention nécessaire)
Entre 14 et 19	= Feu jaune	• problème en émergence (intervention souhaitable)
20 et +	= Feu rouge	• problème évident (intervention spécialisée nécessaire)

¹ Cette grille de cotation se rattache à la DEP-ADO version 3.2, septembre 2007. La grille de cotation est conservée telle quelle depuis octobre 2003 puisqu'aucune modification n'a été requise.

Annexe XXI : DÉBA - Alcool

9476488781 Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Alcool (DÉBA-Alcool) v1.9p

Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000, rév. 13 janvier 2014

Age: Femme Homme

Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.) Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)
No. tél. résidence Autre no. téléphone No. dossier:
 - -

Question #1
Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la bière, du vin, du "fort" ou d'autres boissons alcoolisées?

Jamais consommé
 Moins d'une fois par mois, i.e total de 11 fois ou moins/an
 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois)
 1 ou 2 fois par semaine
 3 fois et plus par semaine

Terminer ici **Passer aux quest. 2 et 3**

Question #2 Depuis un an, lors d'une semaine typique de consommation d'alcool ...
... les journées où vous buvez,
... combien de journées combien de consommations
par semaine buvez-vous? prenez-vous habituellement?

X = Calculez le nombre de
consommations lors d'une
semaine typique

Voir charte au verso

Si cons./sem. est de 11 et + pour les femmes et 16 et + pour les hommes OU Si nombre d'épisodés de forte cons. au cours de la dernière année est de 12 et +, passer aux quest. 4 à 19. Sinon, terminer ici.

Question #3 (Épisodes de forte consommation)
Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous bu ...
FEMMES ... 4 verres ou plus en une seule occasion?
HOMMES ... 5 verres ou plus en une seule occasion?

Questionnaire Bref sur la Dépendance à l'Alcool (QBDA)
Traduction par Tremblay J. (1999) du "Short Alcohol Dependence Data Questionnaire" (SADD) de Raistrick, D., Dunbar, G., & Davidson, D. G. (1983)

"Je vais vous poser quelques questions reliées à la consommation d'alcool.
Pensez à vos habitudes de consommation d'alcool DEPUIS UN AN et répondez-moi sans réfléchir trop longtemps." Noircir la case appropriée.

	Jamais	Quelquesfois	Souvent	Presque toujours
4. Avez-vous de la difficulté à chasser de votre esprit l'idée de boire?	4. <input type="radio"/>	5. <input type="radio"/>	6. <input type="radio"/>	7. <input type="radio"/>
5. Est-ce que boire est plus important pour vous que de prendre votre prochain repas?	5. <input type="radio"/>	6. <input type="radio"/>	7. <input type="radio"/>	8. <input type="radio"/>
6. Organisez-vous votre journée en fonction du moment et du lieu où vous pouvez boire?	6. <input type="radio"/>	7. <input type="radio"/>	8. <input type="radio"/>	9. <input type="radio"/>
7. Buvez-vous du matin au soir?	7. <input type="radio"/>	8. <input type="radio"/>	9. <input type="radio"/>	10. <input type="radio"/>
8. Buvez-vous pour l'effet de l'alcool, peu importe le type de boisson?	8. <input type="radio"/>	9. <input type="radio"/>	10. <input type="radio"/>	11. <input type="radio"/>
9. Buvez-vous autant que vous voulez sans vous soucier de ce que vous ferez le lendemain?....	9. <input type="radio"/>	10. <input type="radio"/>	11. <input type="radio"/>	12. <input type="radio"/>
10. Continuez-vous à beaucoup boire, tout en sachant que l'alcool peut causer plusieurs problèmes?	10. <input type="radio"/>	11. <input type="radio"/>	12. <input type="radio"/>	13. <input type="radio"/>
11. Pensez-vous qu'après avoir commencé à boire vous ne serez pas capable d'arrêter?	11. <input type="radio"/>	12. <input type="radio"/>	13. <input type="radio"/>	14. <input type="radio"/>
12. Essayez-vous de contrôler votre consommation d'alcool en arrêtant complètement de boire durant plusieurs journées ou plusieurs semaines d'affilées ?	12. <input type="radio"/>	13. <input type="radio"/>	14. <input type="radio"/>	15. <input type="radio"/>
13. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, avez-vous besoin de prendre un premier verre pour commencer la journée?.....	13. <input type="radio"/>	14. <input type="radio"/>	15. <input type="radio"/>	16. <input type="radio"/>
14. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, est-ce que vos mains tremblent à votre réveil?	14. <input type="radio"/>	15. <input type="radio"/>	16. <input type="radio"/>	17. <input type="radio"/>
15. Au réveil, après avoir beaucoup bu, avez-vous des maux de cœur ou des vomissements?....	15. <input type="radio"/>	16. <input type="radio"/>	17. <input type="radio"/>	18. <input type="radio"/>
16. Le lendemain d'un jour où vous avez beaucoup bu, faites-vous des efforts pour éviter de rencontrer des gens?.....	16. <input type="radio"/>	17. <input type="radio"/>	18. <input type="radio"/>	
17. Après avoir beaucoup bu, voyez-vous des choses effrayantes en vous rendant compte, plus tard, qu'elles sont imaginaires?	17. <input type="radio"/>			
18. Vous arrive-t-il de boire et de constater, le lendemain, que vous avez oublié ce qui s'est passé la veille?.....	18. <input type="radio"/>			
19. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation d'alcool? Oui O Non	QBDA Total 14 à 18	<input type="text"/>		
Date <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Année Mois Jour	Interprétation au verso	Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres majuscules s.v.p.)	DÉBA-A. v1.9p 2014-01-13	

Annexe XXI (suite) : DÉBA - Alcool

5226488780	DÉBA-Alcool v1.9p Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000, rév. 13 janvier 2014	No. dossier: _____ -2-																																																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">"FORT" (40%)</th> <th style="width: 33%;">BIÈRE (5%)</th> <th style="width: 34%;">VIN (12%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>43 ml ($\leq 1\frac{1}{2}$ once) = 1 cons. 375 ml (≥ 13 onces) = 9 cons. 750 ml (≥ 26 onces) = 18 cons. 1,141 (≥ 40 onces) = 27 cons.</td> <td>1 petite (341 ml) = 1 cons. 1 grosse (625 ml) = 2 cons. 1 King can (750 ml) = 2 cons. 1 Boss (950 ml) = 3 cons. 1 Max Bull (1,18 l) = 3,5 cons. 1 pichet = 4 à 6 cons. 1 petit baril = 15 cons. 1 cidre/cooler (341 ml) = 1 cons.</td> <td>1 coupe (5 oz/142 ml) = 1 cons. 1/2 litre = 3,5 cons. Bout. (750 ml) = 5 cons. Bout. (1 litre) = 7 cons.</td> </tr> <tr> <td>60 ml de Listerine = 1 cons. 30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.</td> <td></td> <td style="text-align: center;">"VIN FORTIFIÉ (20%)"</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1 petite coupe (85 ml) = 1 cons.</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">1 cons. = 17 ml ou 13,6 g d'alcool pur. Par exemple, une bière de 341 ml à 5% contient 17 ml d'alcool pur (i.e. 341 ml X 0,05)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <u>Interprétation des scores du QBDA</u> 0-9 Intervention première ligne en CSSS 10-17 Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter le clinicien du centre de réadaptation en dépendance (CRD) pour discussion concernant l'orientation 18-45 Intervention en CRD </td> <td style="width: 50%;"> J'autorise _____ à faire parvenir la présente évaluation à _____ et à en discuter pour fin d'orientation. Date: _____ Signature usager _____ Valide jusqu'au _____ </td> </tr> </table>			"FORT" (40%)	BIÈRE (5%)	VIN (12%)	43 ml ($\leq 1\frac{1}{2}$ once) = 1 cons. 375 ml (≥ 13 onces) = 9 cons. 750 ml (≥ 26 onces) = 18 cons. 1,141 (≥ 40 onces) = 27 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons. 1 grosse (625 ml) = 2 cons. 1 King can (750 ml) = 2 cons. 1 Boss (950 ml) = 3 cons. 1 Max Bull (1,18 l) = 3,5 cons. 1 pichet = 4 à 6 cons. 1 petit baril = 15 cons. 1 cidre/cooler (341 ml) = 1 cons.	1 coupe (5 oz/142 ml) = 1 cons. 1/2 litre = 3,5 cons. Bout. (750 ml) = 5 cons. Bout. (1 litre) = 7 cons.	60 ml de Listerine = 1 cons. 30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.		"VIN FORTIFIÉ (20%)"			1 petite coupe (85 ml) = 1 cons.	<u>Interprétation des scores du QBDA</u> 0-9 Intervention première ligne en CSSS 10-17 Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter le clinicien du centre de réadaptation en dépendance (CRD) pour discussion concernant l'orientation 18-45 Intervention en CRD	J'autorise _____ à faire parvenir la présente évaluation à _____ et à en discuter pour fin d'orientation. Date: _____ Signature usager _____ Valide jusqu'au _____																																																								
"FORT" (40%)	BIÈRE (5%)	VIN (12%)																																																																						
43 ml ($\leq 1\frac{1}{2}$ once) = 1 cons. 375 ml (≥ 13 onces) = 9 cons. 750 ml (≥ 26 onces) = 18 cons. 1,141 (≥ 40 onces) = 27 cons.	1 petite (341 ml) = 1 cons. 1 grosse (625 ml) = 2 cons. 1 King can (750 ml) = 2 cons. 1 Boss (950 ml) = 3 cons. 1 Max Bull (1,18 l) = 3,5 cons. 1 pichet = 4 à 6 cons. 1 petit baril = 15 cons. 1 cidre/cooler (341 ml) = 1 cons.	1 coupe (5 oz/142 ml) = 1 cons. 1/2 litre = 3,5 cons. Bout. (750 ml) = 5 cons. Bout. (1 litre) = 7 cons.																																																																						
60 ml de Listerine = 1 cons. 30 ml d'Aqua Velva = 1 cons.		"VIN FORTIFIÉ (20%)"																																																																						
		1 petite coupe (85 ml) = 1 cons.																																																																						
<u>Interprétation des scores du QBDA</u> 0-9 Intervention première ligne en CSSS 10-17 Répondre aux questions 20 à 28 avant de contacter le clinicien du centre de réadaptation en dépendance (CRD) pour discussion concernant l'orientation 18-45 Intervention en CRD	J'autorise _____ à faire parvenir la présente évaluation à _____ et à en discuter pour fin d'orientation. Date: _____ Signature usager _____ Valide jusqu'au _____																																																																							
Échelle des Conséquences de la Consommation d'Alcool (ÉCCA) (Tremblay, Rouillard,& Sirois, (2000))																																																																								
<p>Si l'individu a un score se situant entre 10 et 17 au QBDA, poser les questions suivantes avant de contacter le clinicien du CRD.</p> <p>DEPUIS UN AN...</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Jamais</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Une fois</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">2 ou 3 fois</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">4 à 10 fois</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Tous les mois (12 à 51 fois)</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Toutes les semaines (52 fois et +)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?</td> <td style="text-align: right;">20. <input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?</td> <td style="text-align: right;">21. <input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?</td> <td style="text-align: right;">22. <input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool?</td> <td style="text-align: right;">23. <input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner?.....</td> <td style="text-align: right;">24. <input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08?</td> <td style="text-align: right;">25. <input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies?</td> <td style="text-align: right;">26. <input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?</td> <td style="text-align: right;">27. <input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?</td> <td style="text-align: right;">28. <input type="radio"/></td> <td style="text-align: right;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>				Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)	20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	20. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	21. <input type="radio"/>	22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	22. <input type="radio"/>	23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool?	23. <input type="radio"/>	24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner?.....	24. <input type="radio"/>	25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08?	25. <input type="radio"/>	26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies?	26. <input type="radio"/>	27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?	27. <input type="radio"/>	28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	28. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																							
	Jamais	Une fois	2 ou 3 fois	4 à 10 fois	Tous les mois (12 à 51 fois)	Toutes les semaines (52 fois et +)																																																																		
20. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères?	20. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																		
21. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches?	21. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																		
22. Est-ce que votre consommation d'alcool a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille?	22. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																		
23. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation d'alcool?	23. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																		
24. Avez-vous bu dans des situations où le fait de boire augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner?.....	24. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																		
25. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez bu de l'alcool et dépassiez le 0,08?	25. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																		
26. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies?	26. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																		
27. Avez-vous été arrêté ou retenu au poste de police pour ivresse publique ou pour avoir troublé la paix sous l'effet de l'alcool?	27. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																		
28. Est-ce que votre consommation d'alcool a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants?	28. <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																		
<p>Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca. Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca</p>																																																																								

Annexe XXII : DÉBA-Drogues

Dépistage/Évaluation du Besoin d'Aide - Drogues (DÉBA-Drogues) v1.8p										
0133542200 Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 18 décembre 2009										
		Age	No. dossier:							
<input type="checkbox"/> Femme										
<input type="checkbox"/> Homme										
Prénom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)				Nom de l'usager (en lettres moulées s.v.p.)						
Dans la liste de produits suivants, indiquer à quelle fréquence la personne a consommé de chacun de ceux-ci depuis un an. - Questionner sur chacun des produits - Liste des noms de produits les plus communs au verso										
Jamais < 1 fois / mois 1 à 3 fois / mois 1 à 2 fois / sem. 3 fois et + / sem.										
No. tél. résidence Autre no. téléphone										
Si prend méd. sédatifs Dépasse posologie <input type="checkbox"/> à toutes les semaines, <input type="checkbox"/> De plus d'un médecin demander les 3 quest. <input type="checkbox"/> Non-prescrits suivantes										
1. Médicaments sédatifs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
Si l'usager a recours à plus d'un mode de consommation pour un seul produit, les noter tous.										
2. Cannabis <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3. PCP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4. Hallucinogènes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5. Cocaïne <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6. Autres stimulants <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 7. Opiacés <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 8. Inhalants <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 9. Fréquence cumulée des drogues 2 à 8 confondues <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
Oral Nasal snifflé Fumé Injecté										
Si vous avez coché dans une zone grise, passez aux questions 10 à 15. Sinon, terminez ici.										
Échelle de Sévérité de la Dépendance (ÉSD)										
Traduction par Tremblay, J. (1999) du "Severity of Dependence Scale" (SDS) de Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B., Hall, W. & Strang, J. (1995)										
Choisir la drogue la plus consommée ou celle causant problèmes et poser les quest. 10 à 14 uniquement pour cette drogue.										
Méd. sédatifs Cocaine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cannabis Autres stimulants <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PCP Opiacés <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hallucinogènes Inhalants <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
Répondez aux 5 questions suivantes en pensant à votre consommation de _____ DEPUIS UN AN...										
10. Avez-vous pensé que vous aviez perdu le contrôle de votre consommation de _____?										
11. Est-ce que l'idée de ne pas consommer du tout de _____ vous a rendu inquiet ou anxieux? _____										
12. Est-ce que votre consommation de _____ vous a préoccupée? _____										
13. Avez-vous souhaité être capable d'arrêter votre consommation de _____?										
14. Jusqu'à quel point est-ce que ce serait difficile pour vous d'arrêter de consommer ou de vivre sans _____?										
15. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de consommation de médicaments ou de drogues?										
Oui Non										
ÉSD / Total = <input type="text"/> <input type="text"/>										
Interprétation au verso										
Date <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Année Mois Jour										
Nom, prénom de l'intervenant-e (en lettres moulées s.v.p.)										
Initials intervenant(e)										
DÉBA-D, v1.8p 18 déc09										

Annexe XXII (suite) : DÉBA-Drogues

4050542202	DÉBA-Drogues v1.8p (verso)	No. dossier: _____ -2-		
Tremblay, J., Rouillard, P., & Sirois, M. 2000. Rév. 18 décembre 2009				
1. Médicaments sédatifs Anxiolytiques Alprazolam* (Xanax®) Bromazépam* (Lectopam®) Buspiron (Buspar®) Chlordiazépoxide (Librax®, Librium) Clonazépam* (Rivotril®) Clorazépate* (Tranxene (D)) Diazépam* (Valium®) Hydroxyzine (Atarax®) Lorazépam* (Ativan®) Meprobamate (282 MEP®) Oxazépam* (Serax(D))	Hypnotiques Flunitrazépam (Rohypnol) Flurazépam* (Dalmane (D)) Hydrate de Chloral Nitrazépam* (Mogadon®) Témazépam* (Restoril®) Triazolam (Halcion(D)) Zaponol (Stamoc (D)) Zipoclone (Imovane®)	5. Cocaïne Cocaïne (prise + I.V.) Crack (fumé) Freebase (fumé)	6. Autres stimulants Amphétamine (Dexedrine®), Benzedrine, Adderall®, Crystal Métamphétamine (Crystalmeth, Méthadrine) Méthylphénidate (Ritalin®, Concerta®) Phentermine (Jonamin® (D), Fastin) Phenmétrazine (Preludine (D))	8. Inhalants Aérosol Colle Chloroforme Décapant Dissolvant Essence Peinture Poppers
Legend: * = Type benzodiazépine ® = Nom commercial Italique = Nom de rue D = Discontinué				
2. Cannabis Pot Hasch Huile de haschich	3. PCP Kétamine Ketalar® PCP (souvent vendu sous le nom de mess ou mescaline)	4. Hallucinogènes Acide Champignons (psylocybine) Ecstasy (MDMA/MDA) L.S.D. Mescaline Salvia	7. Opiacés Buprénorphine (Suboxone®) Codéine (Empracet®, 222®, Tylenol-C®, Fiorinal-C®, Robaxacet-8®) Diphenoxylate (Lomotil®) Fentanyl (Duragesic®) Héroïne (Smack) Hydrocodone (Tussionex®) Hydromorphone (Dilaudid®) Morphine (MS-Contin®, Statex®, MS IR®)	Sirops avec codéine ou hydrocodone Pentazocine (Talwin®) Pérididine (Demerol®) Propoxyphène (Darvon®) Speedball (héroïne/cocaïne)
Interprétation des scores de l'ÉSD 0-2 Intervention première ligne en CSSS 3-5 Répondre aux questions 16 à 24 avant de contacter l'intervenant du centre spécialisé en toxicomanie pour discussion concernant l'orientation 6-15 Intervention par centre spécialisé en toxicomanie			J'autorise _____ à faire parvenir la présente évaluation à _____ et à en discuter pour fin d'orientation. Date: _____ Signature usager _____ Valide jusqu'au _____	
Échelle des Conséquences de la Consommation de Drogues (ÉCCD) <small>Tremblay, Rouillard, & Sirois, (2000)</small>				
Si l'individu a un score se situant entre 3 et 5 à l'ÉSD, demander les questions suivantes avant de contacter l'intervenant de la ressource spécialisée				
DEPUIS UN AN...				
16. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre rendement au travail, à l'école, ou dans vos tâches ménagères? 16. <input type="radio"/>				
17. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à une de vos amitiés ou à une de vos relations proches? 17. <input type="radio"/>				
18. Est-ce que votre consommation de drogues a nui à votre mariage, à votre relation amoureuse ou à votre famille? 18. <input type="radio"/>				
19. Avez-vous manqué des jours de travail ou d'école à cause de votre consommation de drogues? 19. <input type="radio"/>				
20. Avez-vous consommé de la drogue dans des situations où cela augmente le risque de se blesser, comme par exemple opérer de la machinerie, utiliser une arme à feu ou des couteaux, traverser dans le trafic intense, faire de l'escalade ou se baigner? ... 20. <input type="radio"/>				
21. Avez-vous conduit un véhicule à moteur (automobile, bateau, motocyclette, VTT, "sea-doo") alors que vous aviez consommé de la drogue? 21. <input type="radio"/>				
22. Avez-vous été arrêté pour avoir conduit un véhicule avec facultés affaiblies suite à votre consommation de drogues? 22. <input type="radio"/>				
23. Avez-vous eu des problèmes judiciaires (autres qu'arrestation pour conduite avec facultés affaiblies) reliés à votre consommation de drogues? Si oui, spécifiez : 23. <input type="radio"/>				
24. Est-ce que votre consommation de drogues a diminué votre capacité à prendre soin de vos enfants? 24. <input type="radio"/>				
Le DÉBA dans ses versions 'Alcool' et 'Drogues' est accompagné d'un manuel d'utilisation où le rationnel scientifique est largement décrit, en plus des procédures d'administration et d'interprétation. Vous pouvez vous le procurer en le téléchargeant sur le site Web du RISQ au www.risqtoxico.ca . Pour informations, contactez Nadine Blanchette-Martin au 418-663-5008 poste 4932 ou au 1-866-303-5678 ou à l'adresse courriel suivante: nadine.blanchette-martin@ssss.gouv.qc.ca				
DÉBA-D, v1.8p 4déc09				

Annexe XXIII : DÉBA - Jeu

No dossier	3985460702 CRD de Chaudière-Appalaches / CRD de Québec / CRD Domrémy-de-la-Mauricie-Centre-du-Québec / UQTR																																																																																																											
DÉBA - Jeu-8																																																																																																												
Détection et besoin d'aide en regard du jeu excessif																																																																																																												
Tremblay, J., Ménard, J.-M., Ferland, F. et Blanchette-Martin, N.																																																																																																												
16 octobre 2013 / joel.tremblay@uqtr.ca / nadine.blanchette-martin@sss.gouv.qc.ca																																																																																																												
Nom, prénom		Âge	Sexe	Date de passation																																																																																																								
<input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Année	<input type="text"/> Mois	<input type="text"/> Jour																																																																																																					
Téléphone		Nom, prénom de l'évaluateur		Signature de l'évaluateur																																																																																																								
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>																																																																																																								
<p>À quelle fréquence, au cours de la dernière année, avez-vous joué aux jeux de hasard et d'argent suivants?</p> <p>Questionner sur chacun des jeux et indiquer la fréquence et l'endroit joué.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Jamais</th> <th style="text-align: center;">< 1 fois / mois</th> <th style="text-align: center;">1 à 3 fois / mois</th> <th style="text-align: center;">1 à 2 fois / sem.</th> <th style="text-align: center;">3 fois et + / sem.</th> <th colspan="3">À quel(s) endroit(s) y avez-vous joué?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Acheter des billets de loterie à tirage (ex.: 6/49, Super 7, La mini lotto, etc.) ou instantanés "gratuites" (ex.: Mots cachés, Gagnant à vie, etc.)?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/> Sur Internet</td> <td><input type="radio"/> Au casino</td> <td><input type="radio"/> Autre endroit</td> </tr> <tr> <td>2. Jouer aux machines à sous, aux appareils de loterie vidéo ou à d'autres types de machine pour de l'argent?</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>3. Jouer au bingo pour de l'argent?</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>4. Jouer aux cartes pour de l'argent: a) au poker? b) à d'autres jeux de cartes?</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>5. Jouer à tout autre jeu pour de l'argent? Spécifier:</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>6. Parier sur des courses de chevaux, de chiens ou d'autres animaux?</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>7. Parier sur les sports?</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>8. Parier sur sa propre performance (ex.: billard, golf, quilles, etc.)?</td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>											Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.	À quel(s) endroit(s) y avez-vous joué?			1. Acheter des billets de loterie à tirage (ex.: 6/49, Super 7, La mini lotto, etc.) ou instantanés "gratuites" (ex.: Mots cachés, Gagnant à vie, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sur Internet	<input type="radio"/> Au casino	<input type="radio"/> Autre endroit	2. Jouer aux machines à sous, aux appareils de loterie vidéo ou à d'autres types de machine pour de l'argent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	3. Jouer au bingo pour de l'argent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	4. Jouer aux cartes pour de l'argent: a) au poker? b) à d'autres jeux de cartes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5. Jouer à tout autre jeu pour de l'argent? Spécifier:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6. Parier sur des courses de chevaux, de chiens ou d'autres animaux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	7. Parier sur les sports?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	8. Parier sur sa propre performance (ex.: billard, golf, quilles, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																
	Jamais	< 1 fois / mois	1 à 3 fois / mois	1 à 2 fois / sem.	3 fois et + / sem.	À quel(s) endroit(s) y avez-vous joué?																																																																																																						
1. Acheter des billets de loterie à tirage (ex.: 6/49, Super 7, La mini lotto, etc.) ou instantanés "gratuites" (ex.: Mots cachés, Gagnant à vie, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Sur Internet	<input type="radio"/> Au casino	<input type="radio"/> Autre endroit																																																																																																				
2. Jouer aux machines à sous, aux appareils de loterie vidéo ou à d'autres types de machine pour de l'argent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																				
3. Jouer au bingo pour de l'argent?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																				
4. Jouer aux cartes pour de l'argent: a) au poker? b) à d'autres jeux de cartes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																				
5. Jouer à tout autre jeu pour de l'argent? Spécifier:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																				
6. Parier sur des courses de chevaux, de chiens ou d'autres animaux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																				
7. Parier sur les sports?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																				
8. Parier sur sa propre performance (ex.: billard, golf, quilles, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																				
<p>a. Si n'a pas joué au cours de la dernière année → TERMINER ICI. Ou</p> <p>b. Si a seulement acheté des billets de loterie à tirage ou instantanés (q. 1). Si oui, demander: "Avez-vous éprouvé des difficultés avec ces loteries?" <input type="radio"/> Non → TERMINER ICI <input type="radio"/> Oui → PASSER AUX QUESTIONS 9 à 16 Ou</p> <p>c. Si a joué à tout autre jeu (q. 2 à 8) au cours de la dernière année → PASSER AUX QUESTIONS 9 à 16</p>																																																																																																												
<p>Les questions suivantes portent sur vos habitudes de jeux de hasard et d'argent. À quelle fréquence avez-vous vécu ces situations DEPUIS UN AN?</p> <p>Noircir la case appropriée.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Jamais</th> <th style="text-align: center;">Rarement</th> <th style="text-align: center;">À l'occasion</th> <th style="text-align: center;">Souvent</th> <th style="text-align: center;">Presque toujours</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9. Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous joué plus longtemps que prévu au départ?.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>10. Depuis un an, avez-vous caché ou tenté de cacher vos habitudes de jeu aux autres (ex.: aux membres de votre famille)?.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>11. Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous dépensé plus d'argent que prévu au départ?.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>12. Depuis un an, avez-vous connu des périodes où vous avez longuement pensé au jeu, soit en pensant à vos expériences passées de jeu ou à vos futures tentatives de jeu?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>13. Depuis un an, êtes-vous retourné jouer pour vous refaire (regagner l'argent perdu auparavant)?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>14. Depuis un an, vous êtes-vous senti nerveux ou irritable après avoir essayé de diminuer ou d'arrêter vos habitudes de jeu?</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>15. Depuis un an, avez-vous demandé à des gens de vous prêter de l'argent à cause de vos problèmes financiers dus au jeu?.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>16. Depuis un an, au moment où vous avez joué, avez-vous eu l'impression d'être quelqu'un d'autre?.....</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>17. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de jeu? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</td> <td colspan="5" style="text-align: right;">Additionner les résultats 9 à 16</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">Interprétation des scores</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">0 - 5 Feu Vert: Aucune intervention</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">6 - 10 Feu Jaune: Intervention de 1^{re} ligne</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: right;">11 - 32 Feu Rouge: Intervention spécialisée</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="10" style="text-align: right;">DEBA-Jeu-8_16oct2013</td> </tr> </tbody> </table>											Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Presque toujours	9. Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous joué plus longtemps que prévu au départ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10. Depuis un an, avez-vous caché ou tenté de cacher vos habitudes de jeu aux autres (ex.: aux membres de votre famille)?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	11. Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous dépensé plus d'argent que prévu au départ?.....	<input type="radio"/>	12. Depuis un an, avez-vous connu des périodes où vous avez longuement pensé au jeu, soit en pensant à vos expériences passées de jeu ou à vos futures tentatives de jeu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	13. Depuis un an, êtes-vous retourné jouer pour vous refaire (regagner l'argent perdu auparavant)?	<input type="radio"/>	14. Depuis un an, vous êtes-vous senti nerveux ou irritable après avoir essayé de diminuer ou d'arrêter vos habitudes de jeu?	<input type="radio"/>	15. Depuis un an, avez-vous demandé à des gens de vous prêter de l'argent à cause de vos problèmes financiers dus au jeu?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. Depuis un an, au moment où vous avez joué, avez-vous eu l'impression d'être quelqu'un d'autre?.....	<input type="radio"/>	17. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de jeu? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Additionner les résultats 9 à 16					<input type="text"/>	Interprétation des scores						<input type="text"/>	0 - 5 Feu Vert: Aucune intervention						<input type="text"/>	6 - 10 Feu Jaune: Intervention de 1 ^{re} ligne						<input type="text"/>	11 - 32 Feu Rouge: Intervention spécialisée						<input type="text"/>	DEBA-Jeu-8_16oct2013																									
	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Presque toujours																																																																																																							
9. Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous joué plus longtemps que prévu au départ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																							
10. Depuis un an, avez-vous caché ou tenté de cacher vos habitudes de jeu aux autres (ex.: aux membres de votre famille)?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																							
11. Depuis un an, lors d'une séance de jeu, avez-vous dépensé plus d'argent que prévu au départ?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																							
12. Depuis un an, avez-vous connu des périodes où vous avez longuement pensé au jeu, soit en pensant à vos expériences passées de jeu ou à vos futures tentatives de jeu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																							
13. Depuis un an, êtes-vous retourné jouer pour vous refaire (regagner l'argent perdu auparavant)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																							
14. Depuis un an, vous êtes-vous senti nerveux ou irritable après avoir essayé de diminuer ou d'arrêter vos habitudes de jeu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																							
15. Depuis un an, avez-vous demandé à des gens de vous prêter de l'argent à cause de vos problèmes financiers dus au jeu?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																							
16. Depuis un an, au moment où vous avez joué, avez-vous eu l'impression d'être quelqu'un d'autre?.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																							
17. Voulez-vous recevoir de l'aide pour changer vos habitudes de jeu? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Additionner les résultats 9 à 16					<input type="text"/>																																																																																																						
Interprétation des scores						<input type="text"/>																																																																																																						
0 - 5 Feu Vert: Aucune intervention						<input type="text"/>																																																																																																						
6 - 10 Feu Jaune: Intervention de 1 ^{re} ligne						<input type="text"/>																																																																																																						
11 - 32 Feu Rouge: Intervention spécialisée						<input type="text"/>																																																																																																						
DEBA-Jeu-8_16oct2013																																																																																																												

Annexe XXIV : Questionnaire sur la santé du patient - 9 (PHQ-9)

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT – 9 (PHQ-9)

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez cocher (✓) votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=Total Score:

Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s) <input type="checkbox"/>	Assez difficile(s) <input type="checkbox"/>	Très difficile(s) <input type="checkbox"/>	Extrêmement difficile(s) <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

Développé par les Dr Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et leurs collègues grâce à une allocation d'études de Pfizer Inc. La reproduction, la traduction, l'affichage ou la distribution de ce document sont autorisés.

