

Questionnaire sur la contraception

Date : _____ Nom du patient : _____ DDN : _____

1. Quel âge avez-vous? _____
 2. Avez-vous vécu une des situations suivantes ?
Sélectionnez toutes les réponses applicables.
 - J'ai déjà eu peur d'être enceinte parce que j'avais oublié de prendre une pilule.
 - J'ai oublié d'utiliser une méthode de contraception.
 - Je n'ai pas utilisé de méthode de contraception parce que ce n'était pas pratique.
 - Je n'ai vécu aucune de ces situations.
 3. Êtes-vous déjà tombée enceinte en utilisant une méthode de contraception ? Si oui, veuillez sélectionner toutes les réponses applicables.
 - Non
 - Oui, j'utilisais un contraceptif hormonal combiné (pilule, timbre, anneau).
 - Oui, j'utilisais un contraceptif oral à progestatif seul (pilule, injection).
 - Oui, j'utilisais un dispositif intra-utérin en cuivre (DIU en cuivre).
 - Oui, j'utilisais un système intra-utérin à libération d'hormones (SIU à libération d'hormones).
 - Oui, j'utilisais une méthode de contraception de type barrière (condom, diaphragme).
 - Oui, j'utilisais la planification familiale naturelle (méthode du retrait, méthode du calendrier).
 4. Serait-il catastrophique pour vous de tomber enceinte de façon imprévue ou au mauvais moment ?
 - Oui Non
 5. Planifiez-vous une grossesse bientôt ?
 - Non
 - Oui, d'ici un an.
 - Oui, dans plus d'un an.
 - Je ne sais pas.
 6. Souhaitez-vous une méthode de contraception permanente (irréversible) ?
 - Oui Non
 7. Êtes-vous à l'aise de prendre des hormones dans le cadre de votre plan de contraception ?
 - Oui Non Je ne sais pas.
 8. Dans le cas des contraceptifs oraux, vous devez prendre une pilule quotidiennement au même moment pour obtenir un effet contraceptif maximal. Êtes-vous en mesure de prendre une pilule quotidiennement au même moment ?
 - Oui Non
 9. Avez-vous besoin d'une méthode de contraception discrète ?
 - Oui Non
 10. Certaines méthodes de contraception sont administrées par injection. Seriez-vous à l'aise de recevoir des injections quatre fois par année ?
 - Oui Non
 11. Souffrez-vous d'acné ou d'une pilosité excessive indésirable sur le visage ?
 - Oui Non
 12. Vos menstruations sont-elles abondantes ou douloureuses ?
 - Oui Non
 13. S'il vous était possible d'éviter d'avoir des menstruations voudriez-vous le faire ?
 - Oui Non
 14. Est-ce que vous mâchez, fumez ou vapotez des produits contenant de la nicotine ou du tabac ?
 - Oui Non
 15. Avez-vous déjà reçu d'un médecin ou d'une infirmière praticienne un diagnostic pour l'une ou plusieurs de ces affections? Sélectionnez toutes les réponses applicables.
 - Hypertension (traité ou non).
 - Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire (caillots sanguins dans les veines ou les poumons).
 - AVC ou crise cardiaque.
 - Migraines avec aura.
 - Cancer du sein.
 - On ne m'a jamais diagnostiqué ces affections.
- Vous pouvez aussi inviter vos patientes à consulter le site www.caseplanifie.ca et à y remplir le questionnaire par elles-mêmes.