



MR61121

ÉVALUATION EN CONTEXTE DE PERTES VAGINALES INHABITUELLES

Dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
D.D.N. _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

Âge : _____

RAISON DE LA CONSULTATION

- Femme symptomatique de 14 ans et plus : Femme active sexuellement, présentant des pertes vaginales inhabituelles avec ou sans microrragies prémenstruelles, postmenstruelles ou saignements postcoïtaux.

CONTRE INDICATIONS

- Moins de 14 ans;
- Grossesse, allaitement;
- Immunosuppression;
- Présence de saignements utérins anormaux, si :
- Ménopause;
 - Persistance des saignements depuis 6 mois ou plus;
 - Antécédent d'un cancer gynécologique;
- Présence d'une contre-indication à l'usage du médicament recommandé et aucun traitement alternatif approprié;
- Quatre épisodes ou plus de vaginose bactérienne dans les 12 derniers mois (à la suite d'une évaluation par un médecin ou une infirmière);
- Quatre épisodes ou plus de candidose vulvovaginale dans les 12 derniers mois (à la suite d'une évaluation par un médecin ou une infirmière);
- L'usagère présente une contre-indication : référence à un médecin ou une infirmière spécialisée;
- L'usagère ne présente aucune contre-indication : rendez-vous donné avec l'infirmière : _____
AAAA-MM-JJ

Signature de l'infirmière : _____ N° de permis : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH : MM

Tiré de l'ordonnance collective : Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles

PRÉCAUTIONS

Pour une personne victime d'agression sexuelle : suivre également les recommandations du *Guide d'intervention médicosociale*.

Nom :

Prénom :

N° dossier :

APPRÉCIATION DE LA CONDITION DE SANTÉ

Pertes vaginales inhabituelles :

- Odeur : Non spécifique Malodorante et odeur poisson Malodorante
Prurit : Absent Absent ou léger Modéré ou important
Autres : Douleur Dyspareunie superficielle Dysurie externe Dysurie
Microrragies : Préménstruelles* Postménstruelles * Non
Saignements postcoïtaux* : Oui Non

Signes et symptômes d'infection transmissible sexuellement et par le sang (ITSS)

- À d'autres sites exposés : Si oui cocher : Non
 Pharynx (rougeur, douleur à la gorge)
 Glandes de Bartholin (gonflement, rougeur, chaleur, douleur)
 Rectum (écoulement muco-purulent, douleur ano-rectale, ténésme, selles sanglantes)
D'une infection compliquée : Si oui coché : Non
 Douleur abdominale basse Dyspareunie profonde
 Atteinte d'une articulation Atteinte générale avec fièvre

HISTOIRE MÉDICALE

Grossesse : Oui Non

Interruption volontaire de grossesse (IVG) : _____

Manipulation gynécologique invasive : _____
AAAA-MM-JJ

- Biopsie endomètre Hystérosonographie Hystérosalpingographie

Date des dernières menstruations : _____

Méthode barrière contraceptive : _____
AAAA-MM-JJ

Date du dernier dépistage des ITSS : _____ Résultats obtenus : _____

Antécédent d'ITSS : Oui _____ le : _____ Non
AAAA-MM-JJ

Antécédent vaginose bactérienne : Oui : préciser : _____ Non
AAAA-MM-JJ

Antécédent candidose vulvovaginale : Oui : préciser : _____ Non

Nombre d'épisodes antérieurs : _____

Confirmation par médecin/infirmière : Oui Non

Confirmation par analyse de laboratoire : Oui Non

HISTOIRE MÉDICAMENTEUSE

Allergies : _____

Médicament, si oui lequel ou lesquels : _____

Prise d'antibiotiques au cours du dernier mois : _____

Contraception hormonale : _____

Contraception orale d'urgence : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Stérilet : Levonorgestrel Cuivre Date : _____
AAAA-MM-JJ

* Indication pour l'examen bimanuel



MR61121

ÉVALUATION EN CONTEXTE DE PERTES VAGINALES INHABITUELLES

Dossier : _____
Nom : _____
Prénom : _____
D.D.N. : _____ - _____ - _____
AAAA MM JJ

FACTEURS DE RISQUES D'ITSS

Date de la dernière relation non protégée : _____

Nombre de partenaires sexuels au cours de la dernière année : _____

Pratique sexuelle (Donnée (D) – Reçue (R))

Vaginale Orale (D R) Anale (D R) Autres : _____

Avez-vous des relations sexuelles avec : Homme Femme Les deux

Personne transsexuelle ou transgenre

Utilisation de drogues : Inhalation Injection Date de la dernière consommation : _____

Exposition accidentelle au sang Tatouage, perçage, condition non stérile Détention

Travailleur du sexe Centre ressource d'une désintoxication Transfusion sanguine

Partenaire anonyme Relation sexuelle avec un partenaire originaire d'un pays endémique

Facteurs de risques des partenaires sexuels

Utilisation de drogues : Inhalation Injection Personne transsexuelle ou transgenre

Travailleur du sexe Homme ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH)

Partenaires multiples

Partenaire anonyme Relation sexuelle avec un partenaire originaire d'un pays endémique

Détention Reçoit des services dans un centre de ressources en dépendance à des drogues

FACTEURS DE RISQUES DE L'ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE*

Personne qui a eu une IVG ou toute autre manipulation gynécologique invasive (par exemple biopsie de l'endomètre, hystérocopie, hystérosonographie, hystérosalpingographie) au cours du dernier mois.

Système intra-utérin au Levonorgestrel ou stérilet au cuivre installé au cours du dernier mois.

Personne qui a au moins un antécédent d'épisode d'infection à *C. Trachomatis* ou à *N. Gonorrhoeae* au cours de la dernière année.

Histoire antérieure d'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP).

INTERVENTIONS

Test de grossesse urinaire, résultat : _____

Contraception d'urgence : _____

Évaluation du statut vaccinal HAHB : _____

Vaccination requise : Oui Non

* Indication pour l'examen bimanuel

Nom :

Prénom :

N° dossier :

EXAMEN PHYSIQUE

Tension Artérielle : _____ mmHg Pouls : _____ battements par minute

Température (au besoin) _____ degré

État général : _____

Inspection des organes génitaux externes :

Vulve Urètre Région périanale

Rechercher :

Érythème Oedème Fissures Excoriations

Lésions : Ulcéreuses Vésiculeuses Érosives Pustuleuses Verruqueuses de novo

Examen non-réalisé au spéculum : Oui

Si présence de facteurs de risques d'ITSS, effectuer un prélèvement vaginal pour la recherche de chlamydia et N. Gonorrhée (TAAN) et orienter vers le médecin.

Examen au spéculum : Oui

Inspection du col et des parois vaginales

Rechercher :

Pertes vaginales inhabituelles : Oui Non

Purulentes

Adhérentes, homogènes Blanches/grisâtres Fluides

Blanches/jaunâtres Épaisses/granuleuses

Apparence écumeuse Jaunes verdâtres Autre : _____

Aspect inflammatoire : Oui : Parois vaginales Du col utérin Non

Exsudat endocervical : Oui : Mucopurulent* Purulent* Non

Saignement endocervical (col friable)* : Oui Non

Points hémorragiques sur la muqueuse génitale (col piqueté vasculaire rouge) : Oui Non

Analyses

PH vaginal : Fait : résultat : _____ Non fait

Odeur d'amine (avec KOH) : Présente Absente S.O.

Prélèvements et analyses microbiologiques/prélèvements/pré-références :

TAAN (Chlamydia / gonorrhée) :

Vaginal Urine Pharynx Anus-rectum

Culture gonorrhée : Col Pharynx Anus-rectum

Sérologie : Ag HBs Anti-HBs VIH VDRL Anti-VHC ARN VHC

Culture vaginale

UTM (Herpès)

Examen bimanuel : à faire si présence d'un astérisque (*) Oui Non

* Indication pour l'examen bimanuel



ÉVALUATION EN CONTEXTE DE PERTES VAGINALES INHABITUELLES

Dossier : _____

Nom : _____

Prénom : _____

D.D.N. _____ - _____ - _____

AAAA

MM

JJ

Examen de l'utérus et des structures annexielles.

Rechercher :

Sensibilité : Oui : Abdominale basse Mobilisation du col utérin 1 ou aux 2 annexes Non

Masses : Oui _____ Non Autres anomalies structurales : Oui _____ Non

Examen de l'utérus et des structures annexielles sans particularité.

Si particularité : Diriger rapidement vers le médecin : rendez-vous : _____

AAAA-MM-JJ

LIMITES OU SITUATIONS REQUISES POUR UNE CONSULTATION MÉDICALE

Raison : _____

Diriger vers le médecin : rendez-vous : _____

Prélèvements pré-référence faits : _____

AAAA-MM-JJ

AAAA-MM-JJ

CONDUITE THÉRAPEUTIQUE EN PRÉSENCE

D'un exsudat endocervical purulent ou mucopurulent suggestif d'une cervicite.

De résultat d'analyse positif à *C. trachomatis* ou à *N. gonorrhoeae*.

De pertes vaginales inhabituelles, compatibles avec la vaginose bactérienne.

De pertes vaginales inhabituelles, compatibles avec la candidose vulvovaginale.

De signes et symptômes compatibles avec la trichomonase.

Informations sur les traitements pharmacologiques

Vérification des contre-indications, précautions et interactions médicamenteuses selon la fiche médicaments *Informations sur les traitements pharmacologiques chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles*.

Informations données selon les traitements prescrits ainsi que sur les effets indésirables.

Traitement prescrit selon le protocole national : Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles :

Remise du formulaire de liaison à l'attention du pharmacien communautaire.

Recommandations de nous aviser si intolérance à la médication ou si persistance de symptômes 48 à 72 heures après la fin du traitement.

Sera contactée à la suite de la réception de résultat positif.

Signature de l'infirmière : _____ N° de permis : _____ Date : _____ Heure : _____

AAAA-MM-JJ

HH : MM