

CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

Nom, prénom : _____

Date : ____ / ____ / ____

Adresse : _____

Heure : _____ H _____

Histoire :

1) Âge : _____

2) D.D.M. : _____ Menstruations : régulières irrégulières

3) Longueur du cycle : _____

4) Date et heure du rapport sexuel non protégé : _____

5) Autres rapports sexuels non protégés au cours des 7 derniers jours : _____ ; si oui quand? : _____

6) Contraception régulière utilisée habituellement : _____

7) Raisons de la consultation :

- a) Aucune contraception
- b) Échec de la contraception régulière (condom déchiré ou non utilisé, erreur de calcul du cycle menstruel, etc.)
- c) Oubli de 2 comprimés ou plus de contraceptifs oraux
- d) Victime d'agression sexuelle
- e) Autre;
Spécifiez : _____

N.B. : Faire un test de grossesse si la DDM remonte à plus de 4 semaines ou si les dernières menstruations étaient anormales (quantité ou durée).

Décision :

- Test de grossesse nécessaire ; si oui : Résultat : _____
- Contraception orale d'urgence donnée; laquelle : _____
- Référer à un médecin, clinique ou autre : _____
Motifs pour la référence : _____

Pharmacien (permis) : _____

Lettres moulées : _____