



# VOTRE PHARMACIEN PEUT EXERCER DE NOUVELLES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

## CONSULTATION POUR LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

### Informations requises pour préparer votre consultation

Votre pharmacien peut vous offrir une consultation visant à vous remettre la contraception orale d'urgence. Prise dans les 120 heures (5 jours) suivant une relation sexuelle non protégée, elle peut diminuer le risque de grossesse non désirée. Plus la contraception orale d'urgence est prise tôt après la relation, meilleure est son efficacité.

Vous devez vous rendre à la pharmacie et la consultation se tiendra dans un bureau avec le pharmacien, en toute confidentialité. Il aura besoin de connaître plusieurs renseignements afin de bien vous servir. En lui fournissant toute l'information dont il a besoin, vous pouvez l'aider à exécuter son travail. Les renseignements fournis seront conservés confidentiellement dans votre dossier.

Une fois le questionnaire complété, apportez-le pour votre consultation avec le pharmacien. Vous n'avez pas besoin de prendre un rendez-vous au préalable.

### Section 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médecin de famille \_\_\_\_\_ Je n'ai pas de médecin de famille

Avez-vous des allergies ou des intolérances à des médicaments, à des aliments ou autres?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Prenez-vous des médicaments ou des produits naturels qui ne sont pas inscrits à votre dossier à la pharmacie?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fumez-vous? Oui  Non  Si oui, combien de cigarettes par jour? \_\_\_\_\_

Quel est votre poids? \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb

Êtes-vous enceinte? Oui  Non  C'est possible  Si oui, date prévue d'accouchement? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Allaitiez-vous? Oui  Non

### Section 2 - RENSEIGNEMENTS RELATIFS À LA CONTRACEPTION ORALE D'URGENCE

Quel jour vos dernières menstruations ont-elles commencé? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Est-ce que vos cycles menstruels sont réguliers (menstruations tous les mois)? Oui  Non

Durée habituelle de votre cycle menstruel \_\_\_\_\_ jours

Est-ce que vos dernières menstruations ont été normales? Oui  Non

Quand a eu lieu votre rapport sexuel non protégé (date et heure)? \_\_\_\_\_

Avez-vous eu d'autres rapports sexuels non protégés depuis vos dernières menstruations? Oui  Non

Si oui, date et heure \_\_\_\_\_

Utilisez-vous un moyen de contraception sur une base régulière? Oui  Non  Si oui, lequel?

Pilule anticonceptionnelle

Diaphragme

Préservatif

DUI (stérilet)

Spermicide

Contraceptif injectable

Timbre contraceptif

Éponge

Autre: \_\_\_\_\_