



Formulaire d'admissibilité pour la pilule contraceptive d'urgence

Prénom: _____ Nom: _____ Adresse: _____ Tél: _____ Date de naissance: _____	Médicaments pris actuellement: <i>(y compris les médicaments de vente libre et produits naturels)</i> <input type="checkbox"/> aucun ou _____ _____ _____
Maladies: <input type="checkbox"/> aucun ou _____ _____ _____	Allergies: <input type="checkbox"/> aucun ou _____ _____ _____
Quel jour vos dernières menstruations ont-elles commencé (jj/mm/aa)? _____ Est-ce que vos cycles menstruels sont réguliers (menstruation tous les mois)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Est-ce que vos dernières menstruations ont été normales? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Quand avez-vous eu des rapports sexuels non protégés pour la dernière fois (c'est-à-dire le rapport sexuel pour lequel vous demandez la contraception d'urgence)? Date _____ Heure _____	
Depuis vos dernières menstruations, avez-vous eu d'autres rapports sexuels non protégés susceptibles de vous exposer à un risque de grossesse? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date _____ Heure _____ Date _____ Heure _____	
Avez-vous utilisé la contraception d'urgence durant le mois passé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Est-ce que vous utilisez actuellement un autre moyen de contraception? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, lequel? <input type="checkbox"/> pillule anticonceptionnelle <input type="checkbox"/> spermicide <i>(cocher toutes les options pertinentes)</i> <input type="checkbox"/> diaphragme <input type="checkbox"/> contraceptif injectable <input type="checkbox"/> préservatif <input type="checkbox"/> éponge <input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> autre _____ <input type="checkbox"/> J'aimerais recevoir des informations sur les méthodes courantes de contraception. <i>(Le pharmacien peut assurer un suivi à une date ultérieure afin d'aborder le sujet et répondre aux questions.)</i>	
À l'usage exclusive du pharmacien <input type="checkbox"/> Plan B délivré Date: _____ Date de suivi: _____ <input type="checkbox"/> Date de référence: _____ Nom: _____ Raison: _____ Conseillé: <input type="checkbox"/> Patiente en personne Heure: _____ Pharmacien: _____ Remarques: _____ _____ _____	