

FICHE RENSEIGNEMENTS PATIENTE POUR CONTRACEPTION HORMONALE COMBINÉE (CHC)

Nom :

Date : ... / ... /

Prénom :

			ACTUALISATION
Age :	<input type="checkbox"/> <35 ans	<input type="checkbox"/> >35 ans	
Taille :			
Poids :			
IMC (Poids/Taille ²) (à calculer par votre médecin)	<input type="checkbox"/> <30 kg/m ²	<input type="checkbox"/> >30 kg/m ²	

Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI*	
--------------	------------------------------	-------------------------------	--

Présentez-vous une pression artérielle élevée, ≥ 140 mmHg pour la valeur systolique ≥ 90 pour la valeur diastolique			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

Présentez-vous une pression artérielle très élevée, ≥ 160 mmHg pour la valeur systolique ≥ 100 pour la valeur diastolique			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

Avez-vous un parent proche ayant présenté un évènement thromboembolique veineux [caillot sanguin le plus souvent au niveau des membres (phlébite) susceptible de migrer au niveau des poumons (embolie)] à un âge relativement jeune (ex. <50 ans) ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

Avez-vous des antécédents d'accident vasculaire cérébral, d'infarctus du myocarde, d'accident ischémique transitoire ou d'angor ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

Avez-vous vous-mêmes des antécédents de phlébite, d'embolie pulmonaire, de thrombose veineuse profonde ou des troubles de la coagulation ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

Souffrez-vous d'un trouble cardiovasculaire tel que fibrillation auriculaire, arythmie, coronaropathie ou valvulopathie ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

Y a-t-il, chez vous ou chez l'un de vos proches, un excès de graisses dans le sang (cholestérol ou triglycérides) ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

Si oui, avez vous une hyperlipidémie importante ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	

* Si la patiente fume et a plus de 35 ans, conseiller vivement l'arrêt de la cigarette ou d'utiliser une méthode de contraception non hormonale.

Avez-vous des migraines ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
Ces migraines sont-elles précédées de troubles oculaires ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
Etes-vous diabétique ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
Si oui, ce diabète est-il associé à des complications vasculaires ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
Avez-vous accouché au cours des semaines précédentes ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
Allez-vous faire un voyage aérien ou faites-vous un trajet quotidien > 4 heures ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
Avez-vous prévu une intervention chirurgicale majeure ou une immobilisation prolongée ?			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI**	
Souffrez-vous d'une pathologie particulière ? (certaines pathologies peuvent contre-indiquer la prescription d'une contraception hormonale combinée)			
	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
Si oui, la ou les quelle(s) :			
Prenez-vous un traitement médical de façon chronique ? (certains médicaments peuvent contre-indiquer ou interférer avec la prise d'une contraception hormonale combinée)			
Si oui : le(s)quel(s) :	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI	
	TOTAL DES CASES JAUNE		
	TOTAL DES CASES ROUGE		

** Suspendre le CHC au moins pendant les 4 semaines précédant l'événement et pendant les 2 semaines suivant le retour à une mobilité complète ; conseiller alors une méthode contraceptive non hormonale.