

LIMITATIONS ET CONTRE-INDICATIONS	OUI	NON
Âgée de moins de 21 ans ou de plus de 65 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalies détectées à l'examen des structures génitales telles qu'une masse/polype, lésion, prolapsus utérin, fistule, condylomes, ulcère ou autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cytologie annuelle en cas d'immunosuppression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépistage à la suite d'un abus sexuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usagère non coïtarche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hystérectomie totale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deuxième résultat ASC-US positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultat ASC-US avec le virus du papillome humain (VPH) positif chez l'usagère âgée de plus de 30 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésions cancéreuses au niveau du col de l'utérus connues, non traité ou avec un suivi en colposcopie sans congé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symptômes impliquant l'appareil uro-génital tels que brûlements mictionnels, dysurie, pollakiurie, incontinence urinaire, dyspareunie, douleur pelvienne grave, écoulements anormaux, odeurs nauséabondes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Résultat anormal autre qu'ASC-US	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si OUI a été cocher à une de ces limitations, référer l'usagère au médecin ou à l'IP SPL</b>		

COLLECTE DE DONNÉES
<input type="checkbox"/> Allergies/intolérances
<input type="checkbox"/> Prises de médicaments
<b>Antécédents gynécologiques</b> Dernier examen gynécologique : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Dernière cytologie : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Antécédents gynécologiques connus
Grossesse possible (si oui, effectuer un test urinaire) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Résultat au test urinaire bêta-HCG : <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Négatif
<b>Menstruation</b> <input type="checkbox"/> Date des dernières menstruations (DDM) <input type="checkbox"/> Durée des menstruations <input type="checkbox"/> Usagère ménopausée <input type="checkbox"/> Hormonothérapie Cycle menstruel : <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/> Durée du cycle menstruel <input type="checkbox"/> Métorrhagie <input type="checkbox"/> Dysménorrhée <input type="checkbox"/> Pertes vaginales Quantité de sang menstruel : <input type="checkbox"/> Peu abondante <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Abondante <input type="checkbox"/> Caillots

## Aide-mémoire concernant la cytologie cervicale

COLLECTE DE DONNÉES		
<p><b>Contraception</b></p> <p><input type="checkbox"/> Contraception utilisée actuellement</p> <p>Assidue à la prise de contraception : <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Contraception antérieure (si pertinent)</p>		
<p><b>Histoire sexuelle</b></p> <p>Partenaire sexuel : <input type="checkbox"/> Homme      <input type="checkbox"/> Femme      <input type="checkbox"/> Homme et femme      <input type="checkbox"/> Aucun</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de partenaires actuels</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de partenaires dans les 2 derniers mois</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre de partenaires à vie</p> <p><input type="checkbox"/> Usage du condom : <input type="checkbox"/> En tout temps      <input type="checkbox"/> Souvent      <input type="checkbox"/> Parfois      <input type="checkbox"/> Jamais</p> <p><input type="checkbox"/> Dyspareunie</p> <p><input type="checkbox"/> Facteurs de risque des ITSS</p> <p><input type="checkbox"/> Type de pratiques sexuelles : <input type="checkbox"/> Orale      <input type="checkbox"/> Vaginale      <input type="checkbox"/> Anale      <input type="checkbox"/> Échange d'objets sexuels</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents d'ITSS positifs</p> <p><input type="checkbox"/> Date du dernier dépistage des ITSS</p>		
Symptômes et signes suggestifs d'une ITSS	OUI	NON
Douleur abdominale basse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur, démangeaisons ou inflammation au niveau du vagin ou de la vulve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyspareunie profonde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésions anogénitales verruqueuses de novo compatibles avec des condylomes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lésions anogénitales ulcéreuses, vésiculeuses, érosives ou pustuleuses.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertes vaginales anormales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saignements vaginaux intermenstruels ou post-coïtaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERVENTIONS	FAITES
<p>Vérifier avec l'usagère que dans les 48 heures précédant l'examen celle-ci a évité les activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Douche vaginale.</li> <li>• Relation sexuelle vaginale.</li> <li>• Insertion vaginale de tampon, de mousse spermicide ou de crème vaginale.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<p>Déterminer si d'autres tests de dépistage en matière de santé sexuelle doivent être réalisés incluant le dépistage ITSS et les pertes vaginales inhabituelles.</p>	<input type="checkbox"/>
<p>Informar l'usagère sur l'examen pelvien et la cytologie cervicale, incluant les avantages et les inconvénients et évaluer son niveau de compréhension</p>	<input type="checkbox"/>

## Aide-mémoire concernant la cytologie cervicale

Examen physique externe					
<b>Inspection</b> <small>(recherche de rougeur, œdème et lésions)</small>	Peau	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale		
	Grandes lèvres	<input type="checkbox"/> Normales	<input type="checkbox"/> Œdème	<input type="checkbox"/> Lésion	<input type="checkbox"/> Masse
	Petites lèvres	<input type="checkbox"/> Normales	<input type="checkbox"/> Œdème	<input type="checkbox"/> Lésion	<input type="checkbox"/> Masse
	Clitoris	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal		
	Méat urinaire	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal		
	Ouverture vaginale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale		
	Anus	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal		
	Zone périnéale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale		
	Pilosité pubienne	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale		
	Relâchement pelvien	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire		<input type="checkbox"/> Gonflement	
<b>Palpation</b> <small>(recherche de ganglions apparents ou douloureux)</small>	Région inguinale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale		
	<b>Palpation</b> <small>(Si plainte de l'usagère)</small>	Glande de Skene	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Sensible	<input type="checkbox"/> Induration
		<input type="checkbox"/> Écoulement	<input type="checkbox"/> Douleur		
	Glandes de Bartholin	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Sensible	<input type="checkbox"/> Induration	
		<input type="checkbox"/> Écoulement	<input type="checkbox"/> Douleur		
Examen physique interne					
<b>Inspection du vagin</b>	Vagin	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal		
	Glaire cervicale	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal		
	Paroi vaginale	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Écoulement	
		<input type="checkbox"/> Sécheresse	<input type="checkbox"/> Odeur		
<b>Inspection du col</b>	Couleur	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale		
	Position	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Antéversion	<input type="checkbox"/> Rétroversion	
	Ouverture	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale		
	Surface	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale	<input type="checkbox"/> Kyste de Naboth	
			<input type="checkbox"/> Ectropion	<input type="checkbox"/> Polypes	
	Sécrétion	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Anormale		
Diamètre	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal			
Effectuer la cytologie cervicale selon l'ordonnance collective et noter les douleurs ou les saignements suite au prélèvement					<input type="checkbox"/>
Effectuer un dépistage des ITSS selon les facteurs de risque et noter les types d'ITSS dépister ainsi que les sites de prélèvements, si applicable					<input type="checkbox"/>
Questionner l'usagère au sujet de la force de ses muscles pelviens					<input type="checkbox"/>
Offrir à l'usagère présentant des facteurs de risque d'ITSS des conseils en matière de santé sexuelle					<input type="checkbox"/>
Évaluer la couverture vaccinale de l'usagère et recommander la vaccination contre les VPH et l'hépatite selon le protocole d'immunisation du Québec (PIQ), si applicable					<input type="checkbox"/>
Assurer le suivi des résultats des prélèvements					<input type="checkbox"/>