

DEMANDE DE CONTRACEPTION D'URGENCE (CU)

- Accompagnant :**
- Venue seule
 - Partenaire
 - Ami/e/s
 - Famille
 - Autre :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date de la demande :

Résultat du test de grossesse :

ANAMNESE	
Motif de la demande	<input type="checkbox"/> Pas de contraceptif oral <input type="checkbox"/> Oubli contraceptif oral <input type="checkbox"/> Mauvais calcul de date <input type="checkbox"/> Problème de préservatif <input type="checkbox"/> Autre
Contraception habituelle	<input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Préservatif <input type="checkbox"/> Retrait <input type="checkbox"/> Contraception Orale <input type="checkbox"/> Autre
Dernières règles	Date approximative <input type="checkbox"/> Inconnue
Relation sexuelle non protégée : Temps :	Date / heure <input type="checkbox"/> ≤12h <input type="checkbox"/> >12h ≤24h <input type="checkbox"/> >24h ≤48 <input type="checkbox"/> >48h ≤72h <input type="checkbox"/> >72h
<input type="checkbox"/> Lacunes dans les connaissances sur les risques de grossesse et d'IST	
Remarque(s) :	

ANTECEDENTS PERSONNELS	NON	OUI	Lesquels ?
Médicaments actuels			
Allergie(s)			
Problèmes hépatiques			
Problèmes rénaux			
Problèmes gynécologiques			
Malabsorption sévère			

Échelle des risques IST / SIDA

Risque nul	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
Pas de partenaires antérieurs ou tests effectués dans les délais chez les deux partenaires.	Partenaires antérieurs chez l'un et/ou l'autre, préservatifs systématiquement utilisés, pas de tests effectués ou délais pas sûrs.	Partenaires antérieurs chez l'un et/ou l'autre, utilisation préservatifs pas sûre, pas de tests effectués ou délais pas sûrs.	Partenaires antérieurs chez l'un et/ou l'autre, pas d'utilisation de préservatifs, pas de tests effectués. Partenaire occasionnel avec passé inconnu.

RISQUE IST/SIDA Risque nul Risque faible Risque moyen Risque élevé

PRISE DE LA CU			
Date / heure			
Prise antérieure CU	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Dans l'année	<input type="checkbox"/> Dans le mois précédent
Relation sexuelle non-protégée antérieure	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Dans l'année	<input type="checkbox"/> Dans le mois précédent

RECOMMANDATIONS

Dans 3 semaines se présenter le mercredi à 14h à la consultation des adolescents (pas besoin de rendez-vous le mercredi à 14h)

Si pas possible, prendre rendez-vous à la Consultation des Adolescents (HUG) 022 372 47 60

Date du contrôle prévu à la consultation des ados : mercredi à 14h le :

N° de portable :

Fait par l'infirmier(ère)

Nom Prénom initiales :

Signature :

Visa du CdC SAUP

Nom Prénom initiales :

Signature :