

| 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"/> |
| Si OUI a été cocher à une de ces limitations, référer l'usagère au médecin ou à l'IP SPL | | |

| COLLECTE DE DONNÉES |
|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies/intolérances |
| <input type="checkbox"/> Prises de médicaments |
| Antécédents gynécologiques 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 |
| Menstruation <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>Contraception</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>Histoire sexuelle</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"> • Douche vaginale. • Relation sexuelle vaginale. • Insertion vaginale de tampon, de mousse spermicide ou de crème vaginale. | <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 | | | | | |
|--|--|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Inspection <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 | |
| Palpation <small>(recherche de ganglions apparents ou douloureux)</small> | Région inguinale | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Anormale | | |
| | Palpation <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 | | | | | |
| Inspection du vagin | 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 | | |
| Inspection du col | 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"/> |