

OBJET :

- Guider l'infirmière qui entreprend un counseling contraceptif en lui fournissant les balises de l'évaluation physique, de l'enseignement et des interventions infirmières à réaliser auprès de cette clientèle.
- Encadrer la pratique infirmière en lien avec l'ordonnance collective « *Initier la contraception hormonale* ».

INTERVENANT(S) CONCERNÉ(S) :

- Infirmières oeuvrant auprès des femmes désirant débiter une contraception hormonale.

CLIENTÈLE(S) VISÉE(S) :

- Femmes de 14 à 34 ans qui ont besoin de contraception hormonale.

CONDITION(S) D'APPLICATION :

- Toute infirmière peut effectuer un counseling contraceptif à la suite de son évaluation de la condition de la cliente ou à la demande du médecin traitant.
- L'infirmière peut initier la contraception hormonale, si elle a reçu la formation spécifique s'y référant et si elle est autorisée à appliquer l'ordonnance collective « *Initier la contraception hormonale* ».

CONSIGNE(S) :

- L'infirmière qui œuvre auprès des femmes désireuses de débiter une contraception hormonale doit procéder à un examen clinique de la cliente qui inclut¹ :
 - bilan de santé;
 - profil contraceptif;
 - habitudes de vie;
 - données objectives : tension artérielle, poids et test de grossesse (au besoin).
- En se basant sur l'examen clinique, les préférences de la cliente en matière de contraception hormonale ainsi que les caractéristiques des différentes méthodes contraceptives (incluant les contre-indications), l'infirmière identifie la méthode contraceptive la plus appropriée pour la cliente.²

¹ Voir le formulaire « Évaluation de l'infirmière pour initier la contraception hormonale » (Annexe 1)

² Voir le formulaire « Formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective « initier la contraception hormonale » (Annexe 2)

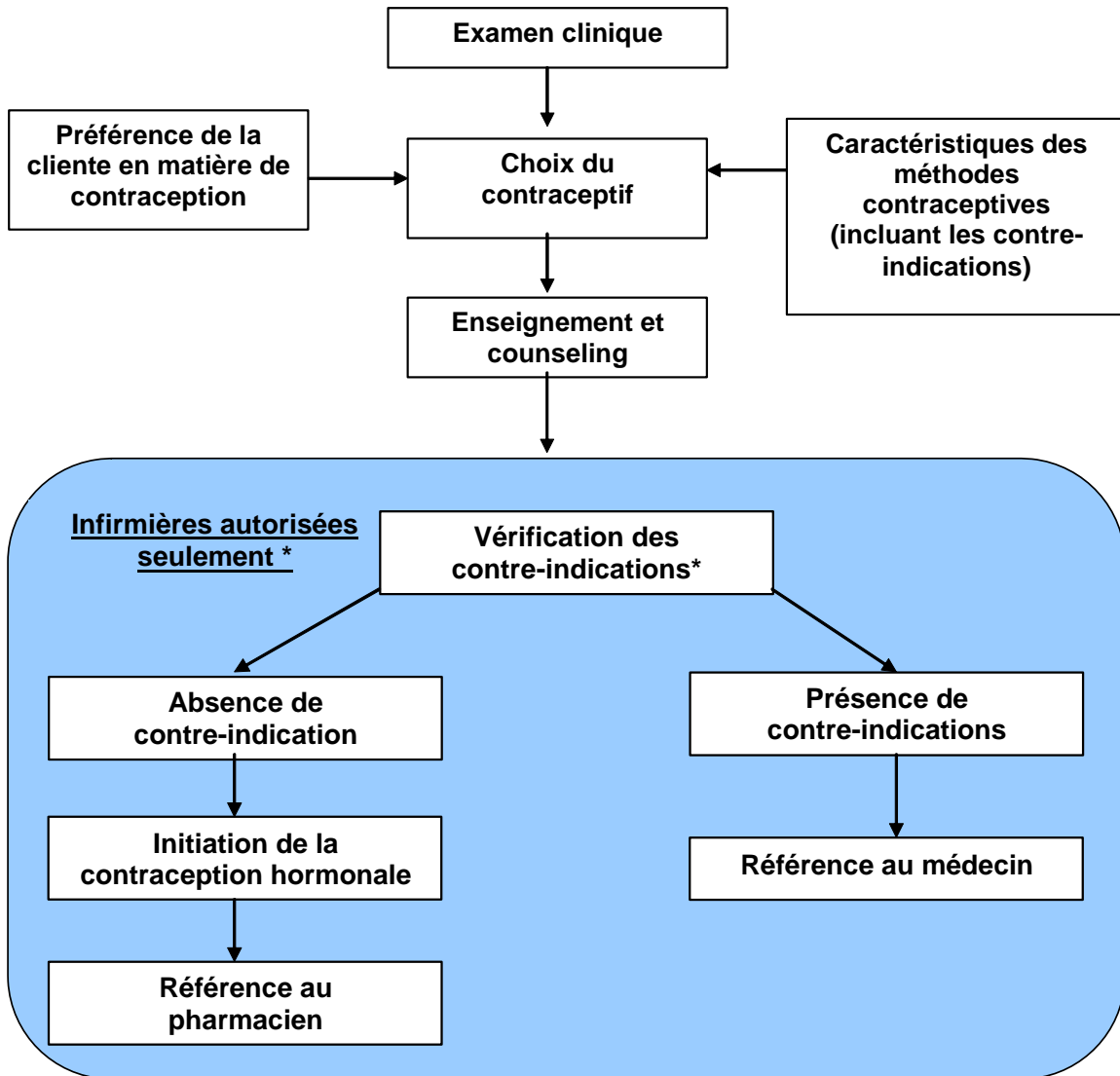
EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 1	DE : 12

- Lorsqu'elle identifie un contraceptif hormonal pour une cliente, l'infirmière doit faire l'enseignement et le counseling appropriés selon la méthode choisie, qui inclut :
 - utilisation du contraceptif (mode d'action, mode d'utilisation, conduite en cas d'oubli, début de la contraception, effets secondaires possibles);
 - utilisation du condom (pose, double protection);
 - contraception orale d'urgence;
 - signes et symptômes nécessitant l'arrêt de la contraception hormonale et l'évaluation par un médecin, selon l'ordonnance collective.

- Lorsque l'infirmière est autorisée à initier la contraception hormonale selon l'ordonnance collective, elle doit:
 - **s'assurer qu'un rendez-vous avec un médecin est disponible dans un délai de six (6) mois;**
 - **informer la cliente de la nécessité de voir un médecin dans un délai de six (6) mois et lui expliquer les modalités de la prise de rendez-vous;**
 - **compléter le formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective;**
 - **remettre le formulaire à la personne et l'informer qu'elle peut s'adresser au pharmacien communautaire de son choix;**
 - **en cas de signes et symptômes nécessitant l'arrêt de la contraception hormonale et l'évaluation par le médecin, orienter la cliente vers le médecin répondant ou l'urgence et informer le pharmacien de l'arrêt de l'application de l'ordonnance collective.**

EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 2	DE : 12

**Algorithme décisionnel de l'infirmière en regard au counseling
contraceptif et à l'initiation de la contraception hormonale**



* Selon l'ordonnance collective « Initier la contraception hormonale ».

EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 3	DE : 12

DOCUMENT(S) COMPLÉMENTAIRE(S) :


- Ordonnance collective « *Initier la contraception hormonale* »
- Formulaire « *Initier la contraception hormonale* »

RÉFÉRENCE(S) :

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des pharmaciens du Québec, Collège des médecins du Québec (2006). *Guide de rédaction d'une ordonnance collective de contraception hormonale*. éd., Montréal, OIIQ.

EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 4	DE : 12

ANNEXE 1

 Centre de santé et de services sociaux de Laval	No. Dossier :
	Nom : DDN : RAMQ :
INITIATION À LA CONTRACEPTION HORMONALE Évaluation de l'infirmière	
CLSC du Marigot <input type="checkbox"/> CLSC Ruisseau-Papineau <input type="checkbox"/> CLSC Mille-Iles <input type="checkbox"/> CLSC Ste-Rose <input type="checkbox"/>	
Date de la consultation : ____/____/____ Âge ____ Parents au courant de la démarche : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Médecin de famille : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nom : _____	
Raison de la consultation : _____	
Feuille sommaire médicale et liste de médicaments complétées: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O <input type="checkbox"/> <i>(Si non, complétez la section Bilan de Santé ci-dessous)</i>	
BILAN DE SANTÉ	
Antécédents personnels : _____	
Antécédents gynécologiques : _____	
Médication en cours : _____	
Allergies et/ou intolérances : _____	
Drogues/alcool : _____ Tabagisme : cig / jr _____	
HABITUDES DE VIE (selon pertinence)	
Alimentation : _____	
Activité physique : _____	
Relation familiale : _____	
Violence physique, verbale ou sexuelle : _____	
Autres informations pertinentes : _____	
HISTOIRE GYNECOLOGIQUE	
Dernier examen gynécologique : Test Pap : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Date : _____ (3 ans post coïtarche, puis q an)	
G : ____ P : ____ A : ____ <input type="checkbox"/> Spontané : _____ Ménarche : _____ <input type="checkbox"/> Provoqué : _____ Coïtarche : _____	
DDM : ____/____/____ Normale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : _____	
Cycle : _____ Durée des menstruations : ____ jrs Flux : <input type="checkbox"/> Léger <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abondant	
Saignement inter menstruel : _____	
Dysménorrhée : <input type="checkbox"/> Légère Traitement : _____ <input type="checkbox"/> Modérée Soulagement : _____ <input type="checkbox"/> Sévère	
Autres informations pertinentes : _____	

EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 5	DE : 12

Annexe 1 (suite)

<p>Centre de santé et de services sociaux de Laval</p> <p style="text-align: center;">INITIATION À LA CONTRACEPTION HORMONALE Évaluation de l'infirmière</p>	<p>No. Dossier :</p> <p>Nom :</p> <p>DDN :</p> <p>RAMQ :</p>																																																												
<p>PROFILS ITSS / CONTRACEPTION</p> <p>Partenaire stable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non : depuis : _____ Partenaire hors couple : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Nombre de partenaires depuis dernière année : _____</p> <p>Protection contre ITSS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Relation sexuelle non protégée depuis les dernières menstruations : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date de la dernière relation non protégée : _____</p> <p>Contraception actuelle : _____</p> <p>Contraceptions antérieures :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Méthode (si co; spécifier le nom)</th> <th style="width: 10%;">Âge</th> <th style="width: 20%;">Durée d'utilisation</th> <th style="width: 30%;">Observance / Raison de l'arrêt / Effets indésirables</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p>Type de contraception à laquelle la cliente semble s'intéresser : _____</p> <p>Assurance médicament : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres : _____</p>		Méthode (si co; spécifier le nom)	Âge	Durée d'utilisation	Observance / Raison de l'arrêt / Effets indésirables																																																								
Méthode (si co; spécifier le nom)	Âge	Durée d'utilisation	Observance / Raison de l'arrêt / Effets indésirables																																																										
<p>CONTRE-INDICATIONS DE LA CONTRACEPTION HORMONALE</p> <p>Contraceptifs oraux combinés</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">oui</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">non</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>< 14 ans ou ≥ 35 ans</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Grossesse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Allaitement</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>< 21 jours post-partum sans allaitement</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hypertension artérielle nouvelle systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hypertension artérielle maîtrisée par une médication</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antécédent de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cardiopathie ischémique</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Cardiopathie valvulaire compliquée</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antécédent d'accident vasculaire cérébral</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Céphalée avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Diabète</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anémie falciforme (sous forme maladie)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lupus érythémateux</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose) affection vésiculaire symptomatique, antécédent de cholestase sous contraception hormonale combinée</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tumeur hépatique (adénome, hépatome)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antécédent de pancréatite ou d'hypertriglycéridémie</td> </tr> </table>		oui	non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 14 ans ou ≥ 35 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 21 jours post-partum sans allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle nouvelle systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle maîtrisée par une médication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopathie ischémique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopathie valvulaire compliquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent d'accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Céphalée avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anémie falciforme (sous forme maladie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus érythémateux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose) affection vésiculaire symptomatique, antécédent de cholestase sous contraception hormonale combinée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumeur hépatique (adénome, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de pancréatite ou d'hypertriglycéridémie
oui	non																																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 14 ans ou ≥ 35 ans																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grossesse																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allaitement																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 21 jours post-partum sans allaitement																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle nouvelle systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle maîtrisée par une médication																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de thrombo-embolie veineuse, thrombophilie																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de thrombo-embolie veineuse chez un parent du premier degré (père, mère, frère, sœur)																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopathie ischémique																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cardiopathie valvulaire compliquée																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent d'accident vasculaire cérébral																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Céphalée avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anémie falciforme (sous forme maladie)																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus érythémateux																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose) affection vésiculaire symptomatique, antécédent de cholestase sous contraception hormonale combinée																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumeur hépatique (adénome, hépatome)																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de pancréatite ou d'hypertriglycéridémie																																																											

(suite au verso)

EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 6	DE : 12

Annexe 1 (suite)

<p>Centre de santé et de services sociaux de Laval</p> <p style="text-align: center;">INITIATION À LA CONTRACEPTION HORMONALE Évaluation de l'infirmière</p>	<p>No. Dossier</p> <p>Nom :</p> <p>DDN :</p> <p>RAMQ</p>																																																																																																															
<p>(suite)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%; text-align: left;">oui</th> <th style="width: 10%; text-align: left;">non</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chirurgie majeure prévue au cours des six prochains mois</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chirurgie aux membres inférieurs prévue au cours des six prochains mois</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Immobilisation prolongée actuelle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><i>Utilisation de médicaments ou de substances pouvant entraver le métabolisme des contraceptifs oraux combinés</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anticonvulsants (carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antirétroviraux :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>- Inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>- Inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse : éfavirenz, névirapine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antibiotique : rifampicine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Autre : millepertuis</td> </tr> </tbody> </table> <p>Timbre Contraceptif</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%; text-align: left;">oui</th> <th style="width: 10%; text-align: left;">non</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Femme avec indice de masse corporelle ≥ 30 et/ou un poids de ≥ 90 kg</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Trouble cutané généralisé</td> </tr> </tbody> </table> <p>Anneau vaginal contraceptif</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%; text-align: left;">oui</th> <th style="width: 10%; text-align: left;">non</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anomalie structurelle vulvo-vaginale suspectée</td> </tr> </tbody> </table> <p>Contraceptif oral à progestatif seul</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%; text-align: left;">oui</th> <th style="width: 10%; text-align: left;">non</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>< 14 ans ou ≥ 35 ans</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Grossesse</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Thrombose veineuse profonde actuelle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Maladie coronarienne actuelle (de novo ou crescendo)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tumeur hépatique (adénome, hépatome)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hypertension artérielle systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><i>Utilisation de médicaments ou de substances pouvant entraver le métabolisme des contraceptifs oraux</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Anticonvulsants (carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antirétroviraux :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>- Inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>- Inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse : éfavirenz, névirapine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Antibiotique : rifampicine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Autre : millepertuis</td> </tr> </tbody> </table>		oui	non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurgie majeure prévue au cours des six prochains mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurgie aux membres inférieurs prévue au cours des six prochains mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immobilisation prolongée actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Utilisation de médicaments ou de substances pouvant entraver le métabolisme des contraceptifs oraux combinés</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anticonvulsants (carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antirétroviraux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse : éfavirenz, névirapine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotique : rifampicine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre : millepertuis	oui	non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femme avec indice de masse corporelle ≥ 30 et/ou un poids de ≥ 90 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble cutané généralisé	oui	non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalie structurelle vulvo-vaginale suspectée	oui	non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 14 ans ou ≥ 35 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose veineuse profonde actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie coronarienne actuelle (de novo ou crescendo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumeur hépatique (adénome, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Utilisation de médicaments ou de substances pouvant entraver le métabolisme des contraceptifs oraux</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anticonvulsants (carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antirétroviraux :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse : éfavirenz, névirapine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotique : rifampicine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre : millepertuis
oui	non																																																																																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurgie majeure prévue au cours des six prochains mois																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurgie aux membres inférieurs prévue au cours des six prochains mois																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Immobilisation prolongée actuelle																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Utilisation de médicaments ou de substances pouvant entraver le métabolisme des contraceptifs oraux combinés</i>																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anticonvulsants (carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne)																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antirétroviraux :																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse : éfavirenz, névirapine																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotique : rifampicine																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre : millepertuis																																																																																																														
oui	non																																																																																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femme avec indice de masse corporelle ≥ 30 et/ou un poids de ≥ 90 kg																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble cutané généralisé																																																																																																														
oui	non																																																																																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identiques aux contre-indications des contraceptifs oraux combinés																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anomalie structurelle vulvo-vaginale suspectée																																																																																																														
oui	non																																																																																																															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 14 ans ou ≥ 35 ans																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grossesse																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose veineuse profonde actuelle																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie coronarienne actuelle (de novo ou crescendo)																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose)																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumeur hépatique (adénome, hépatome)																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Utilisation de médicaments ou de substances pouvant entraver le métabolisme des contraceptifs oraux</i>																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anticonvulsants (carbamazépine, oxcarbazépine, primidone, topiramate, phénobarbital, phénytoïne)																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antirétroviraux :																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Inhibiteurs de la protéase : amprénavir, atazanavir, lopinavir, nelfinavir, ritonavir, saquinavir																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- Inhibiteurs non nucléosiques de la transcriptase inverse : éfavirenz, névirapine																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antibiotique : rifampicine																																																																																																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre : millepertuis																																																																																																														

EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 7	DE : 12

Annexe 1 (suite)

<p>Centre de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>INITIATION À LA CONTRACEPTION HORMONALE Évaluation de l'infirmière</p>	<p>No. Dossier : _____</p> <p>Nom : _____</p> <p>DDN : _____</p> <p>RAMQ : _____</p>																																																																			
<p>Injection contraceptive</p> <table><thead><tr><th>oui</th><th>non</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>< 14 ans ou ≥ 35 ans</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Grossesse</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Thrombose veineuse profonde actuelle</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Maladie coronarienne actuelle (de novo ou crescendo)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Céphalée avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Tumeur hépatique (adénome, hépatome)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Diabète</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Hypertension artérielle systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Maladie cardiaque valvulaire compliquée</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td>Saignement vaginal inexplicable</td></tr></tbody></table> <p>Note complémentaire aux contre-indications : _____</p> <p>TA : _____ Poids : _____ IMC (au besoin) : _____</p> <p>Test de grossesse (au besoin) : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif _____</p> <p>HYPOTHÈSE CLINIQUE</p> <p>Contraceptif choisi par la cliente (tel qu'il apparaît sur le formulaire de liaison) : _____</p> <p>INTERVENTION</p> <p>Enseignement de la méthode choisie <input type="checkbox"/> Mode d'action <input type="checkbox"/> Mode d'utilisation <input type="checkbox"/> Conduite en cas d'oubli</p> <table><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> Recommandations concernant le début de la contraception</td><td>Spécifier : _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Information sur le renouvellement du contraceptif</td><td>Spécifier : _____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Effets secondaires possibles</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Démonstrations de la pose du condom</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Information sur le dépistage des ITSS</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Double protection (grossesse-ITSS)</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Évaluation de l'intention d'utiliser la double protection</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Remise de condoms</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Information sur la contraception orale d'urgence</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Ressources de la communauté</td><td></td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Remise de documentation</td><td>Spécifier : _____</td></tr></tbody></table>		oui	non		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 14 ans ou ≥ 35 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grossesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose veineuse profonde actuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie coronarienne actuelle (de novo ou crescendo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Céphalée avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumeur hépatique (adénome, hépatome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie cardiaque valvulaire compliquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saignement vaginal inexplicable	<input type="checkbox"/> Recommandations concernant le début de la contraception	Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Information sur le renouvellement du contraceptif	Spécifier : _____	<input type="checkbox"/> Effets secondaires possibles		<input type="checkbox"/> Démonstrations de la pose du condom		<input type="checkbox"/> Information sur le dépistage des ITSS		<input type="checkbox"/> Double protection (grossesse-ITSS)		<input type="checkbox"/> Évaluation de l'intention d'utiliser la double protection		<input type="checkbox"/> Remise de condoms		<input type="checkbox"/> Information sur la contraception orale d'urgence		<input type="checkbox"/> Ressources de la communauté		<input type="checkbox"/> Remise de documentation	Spécifier : _____
oui	non																																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	< 14 ans ou ≥ 35 ans																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grossesse																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antécédent de cancer du sein ou cancer du sein actuel																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypersensibilité à l'une des composantes du médicament																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thrombose veineuse profonde actuelle																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie coronarienne actuelle (de novo ou crescendo)																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accident vasculaire cérébral actuel ou ancien																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Céphalée avec aura ou accompagnée de symptômes neurologiques																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie hépatique active (hépatite, cirrhose)																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumeur hépatique (adénome, hépatome)																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypertension artérielle systolique ≥ 140 mmHg, diastolique ≥ 90 mmHg																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie cardiaque valvulaire compliquée																																																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Saignement vaginal inexplicable																																																																		
<input type="checkbox"/> Recommandations concernant le début de la contraception	Spécifier : _____																																																																			
<input type="checkbox"/> Information sur le renouvellement du contraceptif	Spécifier : _____																																																																			
<input type="checkbox"/> Effets secondaires possibles																																																																				
<input type="checkbox"/> Démonstrations de la pose du condom																																																																				
<input type="checkbox"/> Information sur le dépistage des ITSS																																																																				
<input type="checkbox"/> Double protection (grossesse-ITSS)																																																																				
<input type="checkbox"/> Évaluation de l'intention d'utiliser la double protection																																																																				
<input type="checkbox"/> Remise de condoms																																																																				
<input type="checkbox"/> Information sur la contraception orale d'urgence																																																																				
<input type="checkbox"/> Ressources de la communauté																																																																				
<input type="checkbox"/> Remise de documentation	Spécifier : _____																																																																			

EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 8	DE : 12

Annexe 1 (suite)

<p>Centre de santé et de services sociaux de Laval</p> <p>INITIATION À LA CONTRACEPTION HORMONALE Évaluation de l'infirmière</p>	<p>No. Dossier :</p> <p>Nom :</p> <p>DDN :</p> <p>RAMQ :</p>
<p>VALIDATION DE LA COMPRÉHENSION</p> <p>La cliente comprend les conseils donnés et peut les mettre en pratique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <hr/> <p>Référence pour stérilet d'urgence <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Remise du plan B <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Remise du formulaire de liaison pour l'application de l'ordonnance collective signée par l'infirmière <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Remise du contraceptif ¹ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres : _____</p> <hr/> <p>PLANIFICATION DU SUIVI</p> <p>Prochain rendez-vous avec l'infirmière (au besoin) : _____</p> <p>Suivi médical prévu dans un délai maximal de six mois pour l'obtention d'une ordonnance individuelle : _____</p> <hr/> <p>Relance téléphonique prévue (au besoin) : _____</p> <hr/> <p>Nom du médecin répondant : <u>Ginette Fortier, md</u> ☎ Téléavertisseur : (514) 230-6738 ☎ CLSC du Mariqot : (450)668-1803</p> <p>Signature de l'infirmière : _____ Date : _____</p> <hr/> <p><small>¹ L'infirmière, qui est en partenariat avec un médecin, peut remettre un échantillon pour évaluer la réponse clinique de la clientèle et non pour faire la promotion d'un produit. Voir : Pour des relations professionnelles intégrées – Orientations à l'intention des infirmières concernant l'indépendance professionnelle et les conflits d'intérêt, Montréal, OIIQ, 2006.</small></p>	

EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 9	DE : 12

Annexe 2

Date _____

FORMULAIRE DE LIAISON POUR L'APPLICATION
DE L'ORDONNANCE COLLECTIVE OC- 001

Initiation à la contraception hormonale

Nom et prénom de la personne

Date de naissance

J'ai procédé à l'évaluation de la personne ci-dessus mentionnée. Elle est une candidate à la prise de contraceptifs hormonaux. Aucune contre-indication énoncée dans l'ordonnance collective n'est présente et elle a reçu l'enseignement relatif à l'utilisation du contraceptif hormonal indiqué ci-dessous (*cocher un seul produit*).

- Contraceptifs oraux combinés : présentation de 21 comprimés REN 5 fois
 Contraceptifs oraux combinés : présentation de 28 comprimés REN 5 fois

Monophasiques		Multiphasiques
<input type="checkbox"/> Alesse	<input type="checkbox"/> Minestrin 1/ 20	<input type="checkbox"/> Linessa
<input type="checkbox"/> Brevicon 0,5/ 35	<input type="checkbox"/> Min-Ovral	<input type="checkbox"/> Ortho 7/7/7
<input type="checkbox"/> Brevicon 1/ 35	<input type="checkbox"/> Ortho-Cept	<input type="checkbox"/> Synphasic
<input type="checkbox"/> Cyclen	<input type="checkbox"/> Ortho 0,5 / 35	<input type="checkbox"/> Tri-Cyclen
<input type="checkbox"/> Demulen 30	<input type="checkbox"/> Ortho 1 / 35	<input type="checkbox"/> Tri-Cyclen Lo
<input type="checkbox"/> Loestrin 1,5/ 30	<input type="checkbox"/> Select 1 / 35	<input type="checkbox"/> Triphasil
<input type="checkbox"/> Marvelon	<input type="checkbox"/> Yasmin	<input type="checkbox"/> Triquilar

- Timbre contraceptif : Evra REN 5 fois
 Anneau vaginal contraceptif : Nuvaring REN 5 fois
 Contraceptif oral à progestatif seul : Micronor REN 5 fois
 Injection contraceptive : Dépo-Provera REN 1 fois

Nom de l'infirmière

Ginette Fortier, md

Nom du médecin répondant
(l'ordonnance collective doit être individualisée à son nom)

N° de permis de l'OIIQ

75459

N° de permis

Signature de l'infirmière

(514) 230-6738

No. de télé-avertisseur réservé
exclusivement aux professionnels

Téléphone

Ordonnances collectives sur le site: www.cssslaval.gc.ca.
Sur la page d'accueil, cliquer sur "ordonnances collectives"

2008-06-01

Informations importantes au verso

EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 10	DE : 12

Annexe 2 (suite)

<p>Centre de santé et de services sociaux de Laval</p> 	<p>ORDONNANCE COLLECTIVE (CONDENSÉE)</p>	
<p>ACTIVITÉ RÉSERVÉE OU PARTAGÉE</p> <p>Activités réservées aux infirmières</p> <ul style="list-style-type: none"> Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique. Initier à des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance. <p>Activités réservées aux pharmaciens communautaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Initier à la thérapie médicamenteuse selon une ordonnance. Surveiller la thérapie médicamenteuse. 	<p>Initiation à la contraception hormonale</p>	
<p>PROFESSIONNELS VISÉS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Infirmières de la direction Famille-Enfance-Jeunesse et des Services santé généraux ambulatoires du CSSS de Laval ayant reçu la formation « Initiation à la contraception hormonale ». Pharmaciens communautaires exerçant leur professions sur le territoire du Québec. 		
<p>RÉFÉRENCE À UN PROTOCOLE :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lequel : Contraception hormonale</p>		
<p>CLIENTÈLE VISÉE</p> <p>Femmes de 14 à 34 ans qui ont besoin de contraception hormonale.</p>		
<p><u>Ginette Fortier, md</u> Médecin répondant</p> <p><u>Denis Gravel, md</u> Chef du CMDP</p>		
<p>DATE DE MISE EN VIGUEUR :</p>	<p>DATE PRÉVUE DE RÉVISION :</p>	<p>N° :</p>
<p>RÉVISÉ LE :</p>		

<p>EN VIGUEUR LE : 5 février 2008</p>	<p>DATE PRÉVUE DE RÉVISION :</p>	<p>N° : PI-001</p>
<p>RÉVISÉ LE :</p>	<p>PAGE : 11 DE : 12</p>	

PERSONNE(S) ET/OU INSTANCE(S) CONSULTÉE(S)

- Dr Ginette Fortier
Médecin répondant de l'ordonnance collective
- Lucie Gagnon
Directrice adjointe des soins infirmiers
- Androniki Tsoybariotis
Présidente du CII
- Lise Villeneuve
Adjointe à la direction des Services généraux et Fonction coordination liaison

RÉDIGÉ PAR

Marie-France Dubois

Conseillère en soins infirmiers de 1^{re} ligne,
services généraux et développement de la
pratique infirmière

Original signé

Signature

2007-12-20

Date

APPROUVÉ PAR

Androniki Tsoybariotis

Responsable du Comité sur l'application
de la Loi 90 DSI-CSSSL

Original signé

Signature

2007-12-19

Date

Lucie Gagnon (par intérim)

Directrice des soins infirmiers

Original signé

Signature

2007-12-21

Date

EN VIGUEUR LE : 5 février 2008	DATE PRÉVUE DE RÉVISION :	N° : PI-001
RÉVISÉ LE :	PAGE : 12	DE : 12