



APPLICATION :

CISSS de la Gaspésie : Cliniques externes, CLSC, GMF et UMF

NOTES INFIRMIÈRES OC PERTES VAGINALES INHABITUELLES

Date : _____

Légende :

Les critères en souligné violet nécessitent un examen bimanuel

Les critères en **MAJUSCULE ROUGE** nécessitent une référence médicale

Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme de plus de 14 ans présentant des pertes vaginales inhabituelles

HISTOIRE

Description des pertes vaginales inhabituelles :

Saignements post-coïtaux *Si oui, évaluer ↓

SIGNES ET SYMPTÔMES D'UNE INFECTION COMPLIQUÉE:

DOULEUR ABDOMINALE BASSE

DYSpareunie profonde

ATTEINTE D'UNE ARTICULATION

ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL AVEC FIÈVRE

Présence de saignements utérins anormaux **ET**

MÉNopause

PERSISTANCE DES SAIGNEMENTS DEPUIS ≥ 6 MOIS

ANTÉCÉDENT D'UN CANCER GYNÉCOLOGIQUE

SYMPTÔMES D'UNE INFECTION RECTALE OU PHARYNGÉE

Spotting

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

Allergies : _____

Types de réaction : _____

Médicaments : _____

Contraception : Non

Oui : _____

(Préciser moyen et date d'insertion si DIU)

GROSSESSE _____ semaines DDM : _____

ALLAITEMENT

IMMUNOSUPPRESSION

Dernière relation sexuelle à risque : _____
(Date)

Évaluer le risque d'ITSS avec feuille *SIDEP PRN*

Prise d'antibiotiques au cours du dernier mois : Non Oui : _____

(Préciser)

Facteurs de risque de l'atteinte inflammatoire pelvienne (AIP) _____

(Préciser quand)

Manipulation gynécologique invasive (préciser) :

Biopsie de l'endomètre

Hystérocopie

Hystérosonographie

Hystérosalpingographie

DIU (cuivre ou hormonal)

Antécédent chlamydia/ gonorrhée ≤ 1 an ou moins

ATCD d'AIP

IVG < 1 mois

Vaginose bactérienne

Candidose vulvovaginale

ATCD d'ITSS

Combien de récurrences par an ? _____ ou < 4 ans ou ≥ 4

Confirmé par test ? Oui Non

Non Oui : _____

(Préciser infection + quand)

EXAMEN PHYSIQUE		
Température buccale : _____ °C TA : _____ / _____ Pouls : _____ SpO ₂ : _____ %		
Inspection de la vulve, de l'urètre et de la région périnéale :		
<input type="checkbox"/> Érythème <input type="checkbox"/> Oedème <input type="checkbox"/> Fissure <input type="checkbox"/> Excoriation	LÉSIONS : <input type="checkbox"/> ULCÉREUSES <input type="checkbox"/> VÉSICULEUSES <input type="checkbox"/> PUSTULEUSES <input type="checkbox"/> VERRUQUEUSES	Autres : _____ _____ _____ _____
Inspection du col utérin et des parois vaginales :		
Aspect inflammatoire : <input type="checkbox"/> des parois vaginales <input type="checkbox"/> du col utérin		
<input type="checkbox"/> Exsudat endocervical purulent ou mucopurulent (si examen bimanuel normal, traiter selon le guide de cervicite ⁱ) <input type="checkbox"/> Saignement endocervical (col friable) <input type="checkbox"/> Points hémorragiques sur la muqueuse génitale (col piqueté vasculaire rouge)		
Description des pertes vaginales : _____ _____ _____		
Examen bimanuel (Indiqué si présence d'un des facteurs en violet souligné dans le présent formulaire)		
Rechercher SENSIBILITÉ :		
<input type="checkbox"/> ABDOMINALE BASSE (faire un test de grossesse, puis diriger la femme vers un médecin) <input type="checkbox"/> ANNEXE <input type="checkbox"/> GAUCHE <input type="checkbox"/> DROITE <input type="checkbox"/> MOBILISATION DU COL UTÉRIN <input type="checkbox"/> MASSES OU AUTRES ANOMALIES STRUCTURELLES : _____		
Autres observations suite à l'examen physique : _____ _____ _____		

PRÉLÈVEMENTS ET ANALYSES		
KOH : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif (Soupçonner vaginose si positif)		
pH : _____ (Soupçonner vaginose ou trichomonas si supérieur à 4,5)		
<input type="checkbox"/> État frais tricho stat		
<input type="checkbox"/> Culture Herpès	<input type="checkbox"/> Cytologie	
<input type="checkbox"/> Test de grossesse (Si possibilité de grossesse, spotting ou saignements post-coïtaux) : <input type="checkbox"/> Urinaire <input type="checkbox"/> Sanguin		
Dépistages ITSS :		
TAAN (Chlamydia et Gonorrhée) :	Culture gonorrhée	Ponctions veineuses
<input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Anus <input type="checkbox"/> Urine	<input type="checkbox"/> Vagin <input type="checkbox"/> Gorge <input type="checkbox"/> Anus	<input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> RPR <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Sérologie (HbSA) <input type="checkbox"/> Immunité (HbS)
		Site :
		<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche
Notes : _____ _____ _____		

INTERVENTIONS ET TRAITEMENTS
IMPORTANT : Pour les interventions : se référer aux algorithmes A et B du protocole médical national 628001 l'INESSS ⁱⁱ Pour les traitements : se référer à la section traitement du protocole ⁱⁱ ou au guide de cervicite ⁱ
<input type="checkbox"/> Consignes données de rappeler à la clinique si aucune amélioration d'ici 48-72 h ou si intolérance à la médication <input type="checkbox"/> Initier un traitement pharmacologique : _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(Préciser)</div>
<input type="checkbox"/> *Si signes de cervicite ET SYMPTÔMES D'UNE INFECTION RECTALE OU PHARYNGÉE : traiter selon le guide de cervicite ⁱ avant de référer) <input type="checkbox"/> Référence au médecin requise : _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(Préciser)</div>
Nom du médecin : _____

SUIVI	
<input type="checkbox"/> Appel	<input type="checkbox"/> Visite _____
Résultats des analyses : _____	
<input type="checkbox"/> Initier un traitement pharmacologique à la suite d'un résultat d'analyse positif à <i>C. trachomatis</i> ou à <i>N. gonorrhoeae</i> selon le guide de l'INESSS ⁱⁱⁱ : _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(Préciser le traitement prescrit)</div>	
Évolution des symptômes : _____	
<input type="checkbox"/> PERSISTANCE DES SYMPTÔMES 48 À 72 HEURES APRÈS LA FIN DU TRAITEMENT <input type="checkbox"/> INTOLÉRANCE À LA MÉDICATION <input type="checkbox"/> RÉSULTATS D'ANALYSE POSITIF AU DÉPISTAGE D'AUTRES ITSS <input type="checkbox"/> RÉSULTATS D'ANALYSE NÉGATIF À L'INFECTION TRAITÉE ET PARTENAIRE TOUJOURS SYMPTOMATIQUE <input type="checkbox"/> RÉSULTATS D'ANALYSE POSITIF AU DÉPISTAGE CT SI GÉNOTYPE ASSOCIÉ À LA LGV	
RÉFÉRENCE MÉDICALE REQUISE : _____	
Notes : _____	

Signature de l'infirmière : _____ Date : _____

Références :

ⁱ INESSS, Guide ITSS – Approche syndromique,

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Syndromes.pdf

ⁱⁱ INESSS, Protocole médical national – Initier des mesures diagnostiques et un traitement pharmacologique chez une femme présentant des pertes vaginales inhabituelles (No 628001),

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Vaginite/INESSS_Protocole_medical_national_pertes-vaginales-inhabituelles_Final.pdf

ⁱⁱⁱ INESSS, Guide ITSS – Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*,

https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae.pdf