

LISTE DE CONTRÔLE CONTRACEPTION

Remplis ce formulaire et prépares- toi à une discussion informée sur la contraception avec ta/ton médecin. Tu peux faire une capture d'écran de ce formulaire, l'imprimer, le sauvegarder ou le partager par e-mail. Rien de tout cela ne sera partagé avec qui que ce soit, à moins que tu ne décides de le faire.

MES OBJECTIFS POUR CE RENDEZ-VOUS :

LE RÉSULTAT DE MON CONTRÔLE CONTRACEPTIF :

À QUOI EST-CE QUE J'ACCORDE DE L'IMPORTANCE EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION ?

Penser à utiliser régulièrement et correctement une méthode de contraception...

n'est pas un problème pour moi

est parfois difficile

ne me correspond pas

Si je devais tomber enceinte...

je pourrais m'en accommoder

j'aurais du mal à assumer

La contraception hormonale...

ne me pose aucun problème

est une option que je préférerais éviter

je ne sais pas trop qu'en penser

est exclue en ce qui me concerne

Mon contraceptif doit... (plusieurs réponses possibles)

réduire l'intensité et la durée des menstruations

rendre les menstruations régulières et planifiables

éliminer entièrement les menstruations

ne rien changer aux menstruations

INFORMATIONS UTILES POUR TA OU TON GYNÉCOLOGUE

Quelle méthode contraceptive utilises-tu actuellement et que lui reproches-tu ?

Dois-tu prendre des médicaments et souffres-tu de quelconques maladies ?

AS-TU D'AUTRES QUESTIONS EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION ?

Effets secondaires, protection contre les maladies sexuellement transmissibles, coûts...