



**GDM REFERRAL – DEMANDE DE CONSULTATION - DIABÈTE GESTATIONNEL**  
**SPU Clinic – Unité des Soins spéciaux de la grossesse**  
 The Ottawa Hospital – L'Hôpital d'Ottawa General Campus – Campus Général  
 501 chemin Smyth Road, Room – salle 8421, Ottawa, Ontario, K1H 8L6 ☎ 613-737-8552

Please complete all of the mandatory fields (incomplete referrals will be returned) and fax to 613-739-6292. It will be faxed back with date and time of appointments.

Indiquez tous les renseignements obligatoires (veuillez noter que nous retournerons les demandes incomplètes) et envoyez la demande par télécopieur au 613-739-6292. Nous y inscrirons la date et l'heure de la consultation et vous ferons parvenir le tout par télécopieur.

MANDATORY FIELDS – CHAMPS OBLIGATOIRES			
Consult – Demande de consultation Date :		Referring Physician – Médecin traitant	
Tel. – Tél.		Address – Adresse	
Fax – Télécopieur		Physician number – Numéro du médecin	
Surname – Nom		First Name – Prénom	
Maiden Name – Nom de jeune fille		DOB-DDN (yyaa/mm/dj)	
Address – Adresse		City – Ville	
Province		Postal Code Postal	
Tel. (home – domicile)		(work – travail)	
Preferred Language – Langue préférée		Translator – Interprète <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Y – O	
Provincial Insurance No. – N° Plan assurance provinciale		Version	
Pre-pregnancy weight – Poids avant la grossesse kg		BMI – IMC	
G T P A L – Vivant		EDC – DPA	
Gestational age – Âge gestationnel			
Reason for referral – Raison de la consultation : <input type="checkbox"/> GDM – Diabète gestationnel <input type="checkbox"/> IGT – Intolérance au glucose			
PLEASE ATTACH – Blood glucose results and antenatal records VEUILLEZ JOINDRE – les résultats de glycémie et les dossiers de soins prénataux			

**FOR OFFICE USE ONLY – USAGE INTERNE SEULEMENT**

GDM class (please tell patient to eat lunch and bring a snack) – Cours sur le diabète gestationnel (aviser la patiente de dîner et d'apporter une collation)			
Date :	d-j	m-m	y-a
Time – Heure :	From-De	To-À	
SPU clinic – Rendez-vous à l'Unité des soins spéciaux de la grossesse Date : d-j m-m y-a Time – Heure :			
Please advise your patient of these two appointments – Veuillez aviser votre patiente de ces deux rendez-vous.			

**CONFIDENTIALITY NOTICE:**

This message is intended only for the use of the individual or entity to which it is addressed and may contain information that is privileged, confidential, and exempt from disclosure under applicable law. If you are not the intended recipient, please contact the sender and destroy all copies of the original.

**AVIS DE CONFIDENTIALITÉ :**

Ce message est destiné exclusivement aux personnes mentionnées et pourrait contenir de l'information privilégiée, confidentielle et ne pouvant être communiquée conformément aux lois applicables. Si vous n'êtes pas la personne à qui ce message est destiné, veuillez en informer l'expéditeur et détruire toutes les copies de l'original.