

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE AU COMPLET ET LE TÉLÉCOPIER AU 613-739-6836

Renseignements sur le médecin traitant ou la sage-femme

Nom : _____ N° de facturation OHIP : _____

Adresse : _____

Téléphone privé : _____ Téléc. : _____

Courriel : _____ Date de la demande de consultation : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE

Nom : _____ Tél. : _____

Date de naissance : _____ N° de la carte Santé : _____

AAAA-MM-JJ

La patiente a-t-elle besoin d'un interprète? Non Oui Langue : _____

La patiente a-t-elle été adressée à un autre spécialiste durant **cette** grossesse? Veuillez préciser : _____

Raison de la demande : Consultation Transfert des soins Soins partagés Consultation autre que pour grossesse

Âge de la mère : _____ ans DR : _____ DPA : _____ Âge gest. _____ sem.

G _____ T _____ P _____ A _____ V _____

Inquiétudes chez la mère (expliquer) : _____

Inquiétudes chez le fœtus (expliquer) : _____

Pour traiter cette demande, vous DEVEZ fournir tous les documents suivants :

1. Dossiers prénataux (1 et 2) Envoyés avec la demande de consultation par télécopieur
2. Toutes les analyses de sang prénatales pertinentes Envoyées avec la demande de consultation par télécopieur
3. Résultats : DPT/DPI/DSM Envoyés avec la demande de consultation par télécopieur **OU**
La patiente a reçu des conseils et procédera ne procédera pas au dépistage néonatal.
4. Résultats de l'échographie Envoyés avec la demande de consultation par télécopieur
5. Rapports des autres spécialistes participant aux soins de la patiente Envoyés avec la demande de consultation par télécopieur
6. Autres tests de laboratoire pertinents pour la consultation Envoyés avec la demande de consultation par télécopieur
7. Rapports d'anomalies d'une grossesse antérieure ou chez un enfant (p. ex. échographie, autopsie, chromosomes)

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ : Le présent 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.

À remplir par le personnel de L'HO – Date de réception de la demande de consultation : _____