

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 pré grossesse ou après perte foetal
 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 : _____