

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 : \_\_\_\_\_