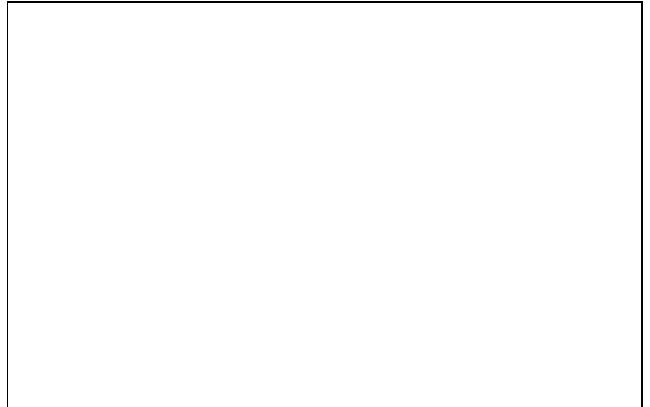




HSJ-1050



## DEMANDE DE CONSULTATION ÉCHOGRAPHIE CARDIAQUE FŒTALE

Date de la demande : AAAA / MM / JJ

**FAX : 514 345-2171 – TÉLÉPHONE : 514-345-4931 poste 5399**

**Important** : Afin de nous aider à répondre rapidement aux demandes reçues, veuillez compléter tous les champs du formulaire suivant. **Toute demande incomplète vous sera retournée.**

\* Aucune copie du dossier obstétrical ou de résultats de laboratoire n'est requise, sauf si précisé ci-bas.

### RENSEIGNEMENTS : PATIENTE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
(EN LETTRES MOULÉES SVP)

RAMQ \_\_\_\_\_ Exp. : \_\_\_\_\_ DDN : AAAA / MM / JJ

Nom et prénom de la mère de la patiente : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Tél. dom. : \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> Tél. : \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS : MÉDECIN ET CENTRE RÉFÉRENTS

Médecin : \_\_\_\_\_ N° de pratique : \_\_\_\_\_  
(EN LETTRES MOULÉES SVP)

CH / Clinique (ADRESSE COMPLÈTE) : \_\_\_\_\_

Tél. privé : \_\_\_\_\_ Télécopie : \_\_\_\_\_

### RAISON DE LA CONSULTATION (cochez) :

Grossesse actuelle : DDM : \_\_\_\_\_ DPA : \_\_\_\_\_ AG : \_\_\_\_\_ sem.

Anomalie ♥ suspectée\* (précisez) : \_\_\_\_\_

\* Veuillez joindre une copie du rapport de l'échographie obstétricale

ATCD de malformation ♥ du 1<sup>er</sup> degré :  patiente  conjoint  fratrie du fœtus + Dx : \_\_\_\_\_

Diabète<sup>†</sup> →  type 1  type 2  gestationnel précoce → HbA1c : \_\_\_\_\_ % (obligatoire)

<sup>†</sup> Une échographie fœtale n'est indiquée chez une patiente que si son taux d'hémoglobine glycosylée (HbA1c) est ≥ 6,5%.

Artère ombilicale unique  Clarté nucale ≥ 3 mm  Lupus/Ac antiSSA+ (SVP joindre le rapport d'anticorps)

Grossesse gémellaire →  mono-mono  mono-di  di-di + RC : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

### ESPACE RÉSERVÉ AU CHU SAINTE-JUSTINE

PRIORISATION :  A  B  C DATE CIBLE : AAAA / MM / JJ

TRIÉ PAR : \_\_\_\_\_