

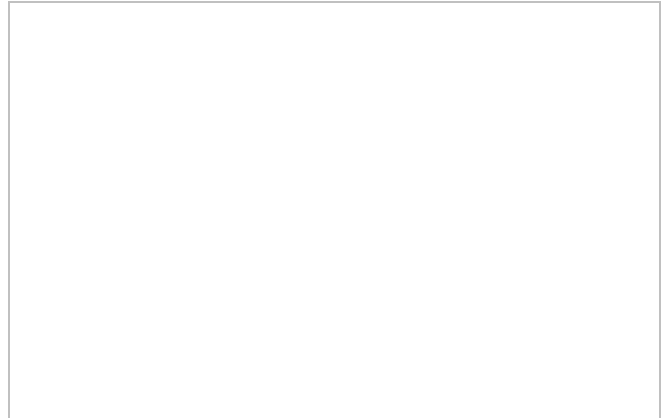


CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal



HSJ-0964



DEMANDE DE CONSULTATION CENTRE DE DIAGNOSTIC PRÉNATAL (CDP)

FAX : 514-345-7736

Date de la demande: _____

Important : Veuillez noter que, lors de l'investigation de votre patiente au CDP, celle-ci sera appelée à rencontrer différents spécialistes tels que, généticiens, spécialistes en médecine foeto-maternelle, radiologistes et autres spécialités selon le diagnostic. Il est important d'en aviser votre patiente.

Si vous désirez une deuxième échographie pour une deuxième opinion suite à une échographie faite à l'extérieur, veuillez nous mentionner si vous désirez ou pas une consultation avec les spécialistes du CDP (Centre de Diagnostic Prénatal) en cas de résultat anormal ou inattendu.

Un agent communiquera avec votre patiente pour lui céder un rendez-vous.

RENSEIGNEMENTS : PATIENTE

Nom: _____ Prénom: _____

(EN LETTRE MOULÉE S.V.P)

RAMQ : _____ Exp. : _____ DDN : _____ / _____ / _____

Connue au CHU Ste-Justine : Oui Non : → **si oui** → # Dossier : _____

Grossesse actuelle : DDM : _____ DPA : _____ # Sem : _____

Adresse (complète) : _____

Tél. : _____ 2^e Tél. : _____

Nom de la mère de la patiente: _____ Prénom: _____

Nom du partenaire (conjoint(e)) : _____ Prénom: _____

Adresse courriel : _____

RENSEIGNEMENTS : MÉDECIN ET CENTRE RÉFÉRENT

Médecin référent : _____ No de pratique : _____

(EN LETTRE MOULÉE S.V.P)

Ligne privée svp : _____ FAX : _____ Page ou Cell. : _____

Centre référent (clinique) : _____ **Patiente au courant :** Oui Non

Raison de consultation : _____

Qui doit-on contacter pour donner le rendez-vous? Médecin Patiente