



713, chemin Montréal Road
Ottawa, Ontario K1K 0T2
(613) 746-4621 poste/ext. 2749
Télécopieur / Fax : 613-748-4974

**CLINIQUE D'OBSTÉTRIQUE / OBSTETRICAL CLINIC
DEMANDE DE CONSULTATION
CONSULTATION REQUEST**

Numéro de dossier unique de l'hôpital Montfort si disponible / Montfort

Hospital unique chart number if available : _____

Nom / Name : _____

Adresse/Address : _____

DDN/DOB : ____/____/____

RASO/ OHIP # _____ Version _____

Tél. domicile/ Tel. Home : _____

Travail/Work : _____ Cellulaire/Cell : _____

**S.V.P. nous télécopier toute demande de consultation avant 20 semaines de gestation à cause du temps d'attente pour un rendez-vous
Please fax us all consultation requests before 20 weeks gestation because of the waiting time for an appointment**

INFORMATION DU MÉDECIN RÉFÉRANT / REFERRING PHYSICIAN INFORMATION

Nom / Name : _____ # de facturation / Billing #: _____

Adresse / Address : _____

Tél. /Tel. : _____ Téléc. / Fax : _____

***** Veuillez S.V.P. continuer les suivis anténataux jusqu'au moment du rendez-vous avec l'obstétricien/ne
*** Please continue pre-natal care until seen by the obstetrician.**

Signature : _____ Date : _____

INFORMATION DE LA PATIENTE / PATIENT INFORMATION

Raison pour la référence / Reason for referral : Connue du groupe d'OBS de Montfort / Known to Montfort OBS Group

Consultation Transfer de soins / Transfer of care Soins partagés / Shared care

Âge de la patiente / Patient's age : _____ DDM / LMP : ____/____/____ DPA / EDC : ____/____/____

Âge gestationnel / Gestational age : _____ semaines / weeks G ____ T ____ P ____ A ____ L ____

Référence précédente à une autre spécialité durant cette grossesse? / Previous referral to another specialty during this pregnancy?

Oui/Yes Non/No Si oui, spécifiez / If yes, specify : _____

Inquiétudes maternelles / Maternal concerns Inquiétudes fœtales / Fetal concerns :

Commentaires / Comments : _____

**S.V.P. nous télécopier tous les documents et rapports suivants avec votre demande de consultation
Please fax us all of the following documents and reports with your consultation request**

• Rapport anténatal 1 / Antenatal record 1 <input type="checkbox"/> Non fait / Not done	• Hépatite B / Hepatitis B (HbsAG)
• Rapport anténatal 2 / Antenatal record 2 <input type="checkbox"/> Non fait / Not done	• Rubéole / rubella
• CBC	• Test PAP récent / Recent PAP test
• Groupe sanguin / Blood type	• Chlamydia et gonorrhée / Chlamydia and gonorrhea
• Dépistage d'anticorps / antibody screening	• Culture d'urine / Urine culture
• VDRL (syphilis)	• Échographie / Ultra Sound <input type="checkbox"/> Non fait / Not done
• VIH / HIV	• Dépistage génétique / I.P.S., FTS, and/or M.S.S. <input type="checkbox"/> Non fait / Not done
• Rhogam donné /WinRhoGiven <input type="checkbox"/> Oui/Yes Date _____ <input type="checkbox"/> Non/No	• Glucose 50gm / 75gm <input type="checkbox"/> Fait/Done Date ____ <input type="checkbox"/> Non fait/Not done
• Rapports provenant des autres spécialistes impliqués / Reports from other specialists involved <input type="checkbox"/> N/A	• Rapports anormaux de grossesses antérieures et/ou enfant ex. U/S, autopsie, chromosomes / Reports of abnormal findings in previous pregnancies and/or child e.g. U/S, autopsy, chromosomes <input type="checkbox"/> N/A

Format à l'essai / Trial

Format à l'essai / Trial

« *Dossier clinique/Health Record* »