



CQ6023



HCHUL

DEMANDE DE CONSULTATION

MÉDECINE FŒTO-MATERNELLE (MFM)

IDENTIFICATION DU PROFESSIONNEL

LES USAGÈRES SERONT ASSIGNÉES À UN MÉDECIN SELON LES DISPONIBILITÉS

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aucun médecin spécifique | <input type="checkbox"/> D ^{re} Suzanne Demers | <input type="checkbox"/> D ^{re} Nancy Thomas |
| <input type="checkbox"/> D ^r Olivier Drouin | <input type="checkbox"/> D ^{re} Katy Gouin | <input type="checkbox"/> D ^{re} Sophie Zerounian |
| <input type="checkbox"/> D ^{re} Geneviève Blanchet | <input type="checkbox"/> D ^r Denis Légaré | <input type="checkbox"/> D ^{re} Véronique Bellemare |
| <input type="checkbox"/> D ^{re} Catherine Dagenais | <input type="checkbox"/> D ^{re} Valérie Morin | <input type="checkbox"/> D ^{re} Mélodie Bourdages |
| <input type="checkbox"/> D ^r Emmanuel Bujold | <input type="checkbox"/> D ^{re} Félicia Doucet Gingras | |
| <input type="checkbox"/> D ^{re} Chantale Vachon-Marceau | <input type="checkbox"/> D ^{re} Katherine Thériault | |

MOTIF DE CONSULTATION

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Diabète pré-grossesse
<input type="checkbox"/> Grossesse triple et plus
Grossesse gémellaire :
<input type="checkbox"/> Monochorionique
<input type="checkbox"/> Dichorionique si complications
<input type="checkbox"/> Dysthyroïdie compliqué
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle ou pulmonaire
<input type="checkbox"/> Thrombophilie acquise ou héréditaire
<input type="checkbox"/> Lupus ou autre collagénose
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque, rénale ou pulmonaire
<input type="checkbox"/> Épilepsie
<input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire intestinale sous médication
<input type="checkbox"/> Maladie hépatique sévère
<input type="checkbox"/> Entrevue préconception (précisez) : | Antécédent de :
<input type="checkbox"/> Accouchement prématuré
<input type="checkbox"/> Prééclampsie sévère
<input type="checkbox"/> RCIU/MIU* ou RCIU actuelle
<input type="checkbox"/> Néoplasie antérieure ou actuelle
<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire ou TV* profonde
<input type="checkbox"/> Greffe rénale ou autre greffe
<input type="checkbox"/> Trachélectomie/conisation
<input type="checkbox"/> Complication lors d'un accouchement
<input type="checkbox"/> Plusieurs césariennes (plus grand ou égal à 3)
<input type="checkbox"/> Oligo ou polyhydramnios sévère
<input type="checkbox"/> Insuffisance cervico-isthmique suspecté (col court)
<input type="checkbox"/> Placenta previa recouvrant ou vasa previa | <input type="checkbox"/> Obésité morbide (IMC 40 et plus)
<input type="checkbox"/> Chirurgie bariatrique
<input type="checkbox"/> Anomalie sévère de la colonne
<input type="checkbox"/> Allo-immunisation Rh ou plaquettaire
<input type="checkbox"/> Thrombocytopénie
<input type="checkbox"/> Hyperplasie surrénalienne
<input type="checkbox"/> Abus de drogue ou d'alcool ou PolyRx
<input type="checkbox"/> Trouble psychiatrique sévère
<input type="checkbox"/> Myomes volumineux
<input type="checkbox"/> Malformation utérine congénitale documentée
<input type="checkbox"/> VIH
<input type="checkbox"/> Transfert 35-36 semaines
<input type="checkbox"/> Céduler césarienne ou discuter AVAC
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |
|---|---|---|

* MIU : mort fœtale in utéro *TV : trombose veineuse

PRIORISATION DE LA DEMANDE

Délai de la visite : _____ jours _____ semaines _____ mois

Commentaires : _____

Réservé MFM

_____/sem

Médecin référent : _____ Coordonnées : _____

S'il vous plait, joindre une copie du dossier obstétrical, cytologie, labos, échos et résultats d'examen pertinents à la consultation.
Télécopieur : **418 577-4699**.

Pour toutes les consultations pour anomalie fœtale, bien vouloir remplir le formulaire de la Clinique Évaluation Multidisciplinaire Anténatale (CÉMA). **Votre usagère sera cédulée pour une consultation seulement lorsque ce formulaire et les documents requis seront complets**