



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"/> Dr ^e Suzanne Demers | <input type="checkbox"/> Dr ^e Katherine Thériault |
| <input type="checkbox"/> Dr ^e Véronique Bellemare | <input type="checkbox"/> Dr ^e Félicia Doucet Gingras | <input type="checkbox"/> Dr ^e Nancy Thomas |
| <input type="checkbox"/> Dr ^e Mélodie Bourdages | <input type="checkbox"/> Dr Olivier Drouin | <input type="checkbox"/> Dr ^e Chantale Vachon-Marceau |
| <input type="checkbox"/> Dr ^e Mathilde Côté | <input type="checkbox"/> Dr ^e Katy Gouin | <input type="checkbox"/> Dr ^e Sophie Zerounian |
| <input type="checkbox"/> Dr ^e Catherine Dagenais | <input type="checkbox"/> Dr ^e Valérie Morin | |

MOTIF DE CONSULTATION

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

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

PRIORISATION DE LA DEMANDE

Délai de la visite : _____ jours _____ semaines _____ mois DPA (aaaa/mm/jj) : _____

Commentaires : _____

Réervé MFM

_____ /sem

Médecin référent : _____

Coordonnées : _____

S'il vous plaît, joindre une copie du dossier obstétrical, cytologie, labos, échos et résultats d'examens pertinents à la consultation.
Télécopieur : **418 577-2058**.

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