



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

### MOTIF DE CONSULTATION

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabète pré-grossesse                             | 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 compliqué                            | <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 (préciser) :                          |

\* MIU : mort fœtale in utéro \*TV : thrombose veineuse

### PRIORISATION DE LA DEMANDE

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

Commentaires : \_\_\_\_\_

Médecin référent : \_\_\_\_\_ Coordonnées : \_\_\_\_\_

Réservé MFM  
\_\_\_\_\_/sem

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 (CÉMA). **Votre usagère sera cédulée pour une consultation seulement lorsque ce formulaire et les documents requis seront complets**