CHU de Québec Université Laval

CQ6023

HCHUL

DEMANDE DE CONSULTATION
PÉRINATALITÉ

☐ Site accoucheur CHUL	☐ Site accoucheur HSFA	☐ Aucune préférence de site
☐ Tout médecin (Les usagères seront assignées à un médecin selon les disponibilités) ☐ Médecin spécifique (préciser) :		

MOTIF(S) DE CONSULTATION*

**Ceci constitue des <u>indications</u> de consultation. La nécessité d'une prise en charge ou d'un suivi en obstétrique ou en médecine fœto-maternelle sera précisée dans la conclusion de la consultation initiale*

Obstétrique (2ème ligne)

☐ Abus de drogue ou d'alcool, ou polymédication ☐ Âge maternel de plus de 40 ans ☐ Âge maternel de moins de 16 ans ☐ ATCD d'accouchement prématuré ou de RPPM ☐ ATCD de conisation / anse diathermique ☐ ATCD de chirurgie bariatrique ☐ ATCD de complication à l'accouchement (dystocie des épaules, HPP, TSPA, 4e degré) ☐ ATCD d'embolie pulmonaire ou de TVP ☐ ATCD de prééclampsie	☐ Cholestase (sels biliaires < 40) ☐ Col court 16-24 mm sans ATCD de TPT ou d'accouchement prématuré ☐ Diabète prégestationnel de type 1 ou 2 ☐ Diabète gestationnel ☐ Épilepsie ☐ FIV ☐ Grossesse gémellaire dichorionique ☐ Hypertension artérielle chronique ☐ Hypertension gestationnelle ou prééclampsie (si jugé requis) ☐ Macrosomie fœtale (≥ 95e percentile à 36 semaines)	☐ Maladie inflammatoire intestinale ☐ Malformation utérine congénitale documentée ☐ Myomes volumineux ☐ Obésité morbide (IMC ≥ 40) ☐ Placenta prævia confirmé à 32 semaines et plus ☐ Thrombocytopénie entre 100 et 120 ☐ Petit pour l'âge gestationnel (PFE et/ou CA entre le 3e et le 10e percentile) avec Doppler normaux ☐ Saignement anténatal, décollement placentaire ou hématome significatif

Motif de consultation en médecine foeto-maternelle (3ème ligne)

Indications maternelles

☐ Anomalie maternelle sévère du bassin ou de la colonne ☐ Dysthyroïdie compliquée ☐ Greffe rénale ou autre greffe ☐ Hyperplasie surrénalienne	☐ Hypertension pulmonaire ou maladie cardiaque ☐ Infection chronique maternelle active (VIH, Hépatite C) ☐ Insuffisance cardiaque, rénale ou pulmonaire ☐ Lupus ou autre collagénose	☐ Maladie hépatique sévère ☐ Néoplasie antérieure ou actuelle ☐ Thrombocytopénie < 100 ou PTI connu ☐ Thrombophilie acquise (SAP) ou héréditaire ☐ Trouble de la coagulation

Indications obstétricales

☐ Allo-immunisation érythrocytaire ☐ Allo-immunisation plaquettaire ☐ ATCD d'accouchement extrêmement prématuré (15–32 semaines) ☐ ATCD de cerclage ou insuffisance cervico-isthmique	☐ ATCD de HELLP ou de prééclampsie sévère et/ou précoce ☐ Prééclampsie sévère et/ou précoce ☐ ATCD de trachélectomie ☐ Cholestase (sels biliaires ≥ 40)	☐ Grossesse gémellaire monochorionique ☐ Grossesse triple ou plus ☐ Infection maternelle avec impact fœtal potentiel (TORCH)

Indications fœto-placentaires

☐ Anémie fœtale suspectée ou hydrops ☐ Anomalie fœtale suspectée ou avérée[1] ☐ ATCD d'anomalie fœtale significative à risque de récidive	☐ Hémorragie fœto-maternelle suspectée ou ATCD ☐ Polyhydramnios modéré à sévère ou oligohydramnios	☐ RCIU sévère (PFE et/ou CA ≤ 3e percentile ou Doppler anormaux) ☐ Suspicion de TSPA/Vasa Previa ☐ ATCD de mort in utero

Nom : Prénom : # Dossier :

☐ **Autres conditions maternelles significatives** (endocrinologique, cardiologique, pneumologique, gynécologique, etc.)
Précisez :

☐ **Trouble psychiatrique sévère** Ces patientes doivent être vues préalablement en consultation de psychiatrie périnatale. Elles seront ensuite vues en obstétrique ou en médecine fœto-maternelle pour la planification de l'accouchement, à la demande de la psychiatrie seulement.

Motifs de consultation obligatoires :

☐ ATCD de césarienne ou chirurgie utérine

☐ 41 semaines avec refus de déclenchement

☐ Refus de produits sanguins / Témoin de Jéhovah

PRIORISATION DE LA DEMANDE

Délai souhaité : _____ jours _____ semaines _____ mois	DPA (aaaa/mm/jj) : _____ Âge gestationnel au moment de la référence : _____

Commentaires : _____
_____
_____
_____

Médecin référent : _____ Date de la demande (aaaa/mm/jj) : _____	Coordonnées : _____

S'il vous plait, joindre une copie du dossier obstétrical, cytologie, labos, échos et résultats d'examens pertinents à la consultation.

Télécopieur : **418 577-2058**

[1]Pour toutes les consultations pour anomalie fœtale, bien vouloir remplir le formulaire de la Clinique Évaluation Multidisciplinaire Anténatale (CÉMA)- CQ5940.

La consultation avec l'usager sera planifiée seulement lorsque ce formulaire et les documents requis seront complets.