

DEMANDE D'EXAMEN D'ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE CHU DE QUÉBEC-UL



Balayer ce code QR pour nous faire parvenir votre demande d'examen ou utilisez le lien internet suivant :

<https://www.chudequebec.ca/patient/imagerie-prise-de-rendez-vous.aspx>

Nous communiquerons avec vous afin de fixer un rendez-vous.
SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACEMÉNÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER À L'ACCUEIL DE L'IMAGERIE MÉDICALE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL.

L'usagère autorise le Centre de Rendez-vous à envoyer des communications automatisées via ses coordonnées personnelles.
 Cellulaire: _____
 Courriel: _____

PROVENANCE DE LA DEMANDE:

URGENCE HOSPITALISÉE EXTERNE

LIEU D'EXAMEN:

CHUL HSFA
*DOIT ÊTRE LE LIEU PRÉVU D'ACCOUCHEMENT

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES : AÉRIENNES GOUTTELETTES/CONTACT CONTACT CONTACT RENFORCÉES AUTRES :

NIVEAU DE PRIORITÉ : ÉCHO SUIVI STANDARD À RÉALISER À _____ (Nbre SEMAINES)

URGENT(0 - 24 HEURES) 1-6 JOURS 7-13 JOURS 14 JOURS + CONTRÔLE LE ou (AVANT) (aaaa/mm/jj) : _____ / _____

INFORMATIONS IMPORTANTES SUR LA GROSSESSE :

DATE PRÉVUE D'ACCOUCHEMENT (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____

OU DATE DERNIÈRES MENSTRUATIONS (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____

GROSSESSE MULTIPLE :

NON
 OUI, SPÉCIFIER : _____

ÉCHOGRAPHIE 1^{ER} TRIMESTRE (MOINS DE 16 SEMAINES)

CHORIONICITÉ

COMPLICATIONS T1 : SAIGNEMENT DOULEUR

SUSPICION ECTOPIQUE ATCD ECTOPIQUE

*B-HCG : Unités I / L DATE : (aaaa/mm/jj) / /

DATATION (DATE DERNIÈRE MENSTRUATION INCONNUE)

DÉPISTAGE COMPLET T1 (INCLUANT MORPHOLOGIE DE BASE ET CLARTÉ NUCALE)

ÉCHOGRAPHIE 2^e et 3^e TRIMESTRE (16 SEMAINES ET PLUS)

*CROISSANCE

CROISSANCE ROUTINE 35 SEMAINES (acceptée pour raison énumérée en annexe seulement)

INDIQUER LA RAISON : N° _____

*DOPPLER : AO ACM DV AU

*LOCALISATION PLACENTAIRE

*LONGUEUR DE COL ENDOVAGINAL (ENTRE 16 ET 30 SEMAINES)

MORPHOLOGIE COMPLÉMENT MORPHOLOGIE MORPHOLOGIE PRÉCOCE

*PROFIL BIOPHYSIQUE

*RECHERCHE D'ANOMALIE (LORSQUE FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE DE CONSULTATION CEMA)

*SUIVI D'ANOMALIE

*VOLUME DE LIQUIDE/PRÉSENTATION

INDICATION(S) CLINIQUE(S) OBLIGATOIRE(S) (POUR LES DEMANDES AVEC « * ») :

ÉCHOGRAPHIE D'INTERVENTION

AMNIOCENTÈSE

AMNIORÉDUCTION

BIOPSIE CHORION

CORDOCENTÈSE

INJECTION KCL

PONCTION : _____

TRANSFUSION INTRA UTÉRINE

GROSSESSE GÉMELLAIRE

SUIVI CROISSANCE JUMEAUX MONOCHORIONIQUES (16-18-22-24-26-28-30-32-34-36)

SUIVI CROISSANCE JUMEAUX DICHORIONIQUES (24-28-32-36)

--ANNEXE CROISSANCE ROUTINE 35 SEM--

1. IMC inférieur à 19 et de supérieur à 30

2. Tabac, alcool, drogue

3. Faible statut socio-économique

4. Âge inférieur à 16 ans et supérieur à 40 ans

5. Maladie inflammatoire de l'intestin stable.

6. Épilepsie stable

7. Thromboprophylaxie pour ATCD de TEV

8. Insertion marginale du cordon

9. Prise de poids inadéquate (inférieure à 8kg ou supérieure à 20kg)

10. Anti-dépresseur

11. Désir AVAC

12. Covid légère à modérée en grossesse

Médecin demandeur Nom: _____ Prénom: _____

N° de permis: _____ Signature: _____ Date (aaaa/mm/jj): _____ / _____ / _____

C.C. : _____ Heure (hh:mm): _____