

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 ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER À L'ACCUEIL DE L'IMAGERIE MÉDICALE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL.

☐ L'utilisateur 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 _____ (N^{bre} 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 D'INTERVENTION

☐ AMNIOCENTÈSE

☐ AMNIORÉDUCTION

☐ BIOPSIE CHORION

☐ CORDOCENTÈSE

☐ INJECTION KCL

☐ PONCTION : _____

☐ TRANSFUSION INTRA UTÉRINE

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 « * ») :

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): _____