

DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE

HÔPITAL FLEURIMONT

Date de naissance Année Mois Jour			N° de dossier
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance		Prénom	
Adresse			
Ville	Code postal	N° de téléphone	

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE : **Urgent (24-72 h)** **C : semi-urgent : < 1 mois** **D : électif**

Locomotion usager	Préventions des infections		
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Contact	<input type="checkbox"/> Contact +	<input type="checkbox"/> Contact E
<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Aérienne	<input type="checkbox"/> Aérienne et contact	<input type="checkbox"/> Aérienne-contact-Oculaire
<input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Gouttelettes	<input type="checkbox"/> Gouttelettes et contact	<input type="checkbox"/> Gouttelettes-contact-oculaire
	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Neutropénique	

Grossesses multiples : Oui Non Inconnu IMC : _____ Poids: _____ DDM : _____ DPA : _____
IMC : Indice de masse corporelle DDM : Date des dernières menstruations DPA : Date probable d'accouchement (année/mois/jour) (année/mois/jour)

Télécopier la requête au 819 348-3792.
Le Service d'échographie obstétricale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous.

Selon disponibilité Préférence : Gynécologue (consultation) Radiologue

Échographie 1^{er} trimestre

(moins de 16 semaines)

Saignement Viabilité Datation Autre(s) : _____

BHCG quantitatif → Valeurs : _____ Date (année/mois/jour) : _____

entre 11 3/7 semaines et 13 6/7 semaines

Examen complet T1 incluant morphologie de base et clarté nucale

Échographie 2^e trimestre (entre 18 et 22 semaines)

Morphologie de dépistage (niveau 1) Morphologie d'expertise (niveau 2) Autre(s) : _____

Échographie 3^e trimestre (Croissance)

Croissance Localisation du placenta Longueur cervicale Bien-être fœtal (profil biophysique)

Morphologie à compléter → date de l'examen antérieur (année/mois/jour) : _____

Suivis (cocher le nombre d'exams requis) : 1 2 3 4 5 À partir du (année/mois/jour) : _____

→ Fréquence : 1 semaine 2 semaines 3 semaines 4 semaines

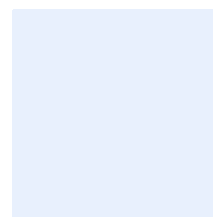
Autre(s) : _____

Échographie cardiaque fœtal (cardiologie pédiatrique)

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Identification du médecin référent et du point de service				
Nom du médecin référent			N° permis	
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur
Nom du point de service				
Signature			Date (année, mois, jour)	

ESTAMPE



Médecin en copie conforme : _____ **N° permis :** _____