



CNM08064

Unité mère-enfant

RÉFÉRENCE CLINIQUE EXTERNE - ALLAITEMENT

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

No dossier		
Nom, Prénom de l'utilisateur		
DDN	N° d'assurance maladie	Exp.
Adresse		
N° téléphone		
N° téléphone (autre)		

Date de la demande : ____/____/____

Identification complémentaire de l'usagère et de son bébé

Adresse : _____	Nom du bébé : _____
_____	Prénom du bébé : _____
_____	DDN : ____/____/____
Numéro de téléphone principal : _____	NAM : _____
Autre numéro de téléphone : _____	Poids à la naissance : _____ g

Raison principale de la référence

- ☐ Prénatale/problème d'allaitement antérieur
- ☐ Douleur au mamelon
- ☐ Douleur au sein
- ☐ Mastite/canaux bloqués
- ☐ Difficulté de mise au sein
- ☐ Production de lait diminuée
- ☐ Surproduction
- ☐ Frein de langue
- ☐ Allaitement de jumeaux
- ☐ ATCD de réduction/augmentation mammaire

Situation actuelle

- ☐ Allaitement exclusif
- ☐ Allaitement mixte
- ☐ Tire-allaitement
- ☐ Préparation commerciale pour nourrisson
- ☐ Supplémentation
 - Quantité/24 h : _____
 - Fréquence : _____
 - Méthode : _____
- Dernier poids du bébé : _____ g
- Date : ____/____/____

Interventions : _____

Provenance de la demande

Nom du référent : _____	N° de permis : _____	Titre : _____
Numéro de téléphone : _____	Poste : _____	Numéro de télécopieur : _____
Nom de la clinique/Organisme : _____	Signature : _____	

Veillez transmettre cette demande à la clinique externe d'allaitement par télécopieur au (514) 338-3519
Pour joindre la clinique externe d'allaitement
Téléphone : (514) 338-2222 # 1364 Courriel : allaitement.ume.cnmrtl@ssss.gouv.qc.ca

Section réservée à l'usage de la clinique externe d'allaitement

Date et heure de réception : ____/____/____ HH:MM	Initiales : _____
Planification du rendez-vous : _____	Initiales : _____
Date et heure du rendez-vous : ____/____/____ HH:MM	Initiales : _____