



CNM08064

Unité mère-enfant

### **RÉFÉRENCE CLINIQUE EXTERNE - ALLAITEMENT**

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

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

Ne rien inscrire dans la marge

Date de la demande : AAAA/MM/JJ

#### **Identification complémentaire de l'usagère et de son bébé**

Adresse :   	Nom du bébé :   
Numéro de téléphone principal :   	Prénom du bébé :   
Autre numéro de téléphone :   	DDN : <u>AAAA/MM/JJ</u> NAM : Poids à la naissance : _____ g
<b>Raison principale de la référence</b>	<b>Situation actuelle</b>
<input type="checkbox"/> Prénatale/problème d'allaitement antérieur <input type="checkbox"/> Douleur au mamelon <input type="checkbox"/> Douleur au sein <input type="checkbox"/> Mastite/canaux bloqués <input type="checkbox"/> Difficulté de mise au sein <input type="checkbox"/> Production de lait diminuée <input type="checkbox"/> Surproduction <input type="checkbox"/> Frein de langue <input type="checkbox"/> Allaitement de jumeaux <input type="checkbox"/> ATCD de réduction/augmentation mammaire	<input type="checkbox"/> Allaitement exclusif <input type="checkbox"/> Allaitement mixte <input type="checkbox"/> Tire-allaitement <input type="checkbox"/> Préparation commerciale pour nourrisson <input type="checkbox"/> Supplémentation - Quantité/24 h : - Fréquence : - Méthode : Dernier poids du bébé : _____ g Date : <u>AAAA/MM/JJ</u>

Interventions :    
---------------------------------

<b>Provenance de la demande</b>		
Nom du référent :	Nº de permis :	Titre :
Numéro de téléphone :	Poste :	Numéro de télécopieur :
Nom de la clinique/Organisme :	Signature :	

**Veuillez 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.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:allaitement.ume.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca)

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

Date et heure de réception : <u>AAAA/MM/JJ</u> HH:MM	Initiales : _____
Planification du rendez-vous : _____	Initiales : _____
Date et heure du rendez-vous : <u>AAAA/MM/JJ</u> HH:MM	Initiales : _____

Ne rien inscrire dans la marge

Ne rien inscrire dans la marge