

**DEMANDE DE SERVICE EN ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE
(2^E ET 3^E TRIMESTRE) (POUR CLIENTÈLE AMBULATOIRE)**

Nom et prénom de l'utilisateur :			
N° d'assurance maladie	Expiration	Année	Mois
Nom et prénom du parent :			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone
Adresse :			
Code postal			

Imprimer et transmettre cette page par télécopieur au guichet d'accès en santé physique (GASP) au 514 495-6777.

Date de la demande (AAAA/MM/JJ) :

1^{re} demande d'examen Examen contrôle ► site du 1^{er} examen :

Partie I : Raison de consultation / Échelle de priorité clinique : A : ≤ 3 jours B : ≤ 10 jours C : ≤ 28 jours D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois

N.B. Le guichet d'accès se réserve le droit de modifier la priorité clinique selon les renseignements cliniques fournis et selon les disponibilités, après discussion avec le médecin référent.

Conditions cliniques	Cible selon l'échelle de priorité
Saignement 2 ^e et 3 ^e trimestre Cœur fœtal négatif 2 ^e ou 3 ^e trimestre	URGENT Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l'urgence
<input type="checkbox"/> Obstétricale, 2 ^e trimestre de grossesse	Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois
<input type="checkbox"/> Obstétricale, 3 ^e trimestre de grossesse	Priorité selon le médecin référent : <input type="checkbox"/> A : ≤ 3 jrs <input type="checkbox"/> B : ≤ 10 jrs <input type="checkbox"/> C : ≤ 28 jrs <input type="checkbox"/> D : ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> E : ≤ 6 mois

Partie II : Renseignements cliniques obligatoires

DPA selon échographie antérieure (joindre rapport échographie si disponible) : _____

ou DPA selon DDM : _____

Renseignements cliniques **obligatoires** :

Facultatif - Spécifier le nom de l'établissement privilégié :

Partie III : Provenance de la demande

Médecin référent	Nom du médecin	N° de permis	Estampe	
	N° de téléphone	N° de poste		N° de télécopieur
	Nom de la clinique			
	Signature			
Médecin de famille	<input type="checkbox"/> Idem médecin référent		Nom du médecin de famille	
	<input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille		Nom de la clinique	

À l'usage du technologue : G P A CYCLE

Pour joindre le GASP : Téléphone : (514) 495-6680

Courriel : guichet.imagerie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur : (514) 495-6722

Code Zebra

Le Guichet d'accès en santé physique (GASP) en imagerie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Votre médecin vous a dirigé vers le Guichet d'accès en santé physique en imagerie du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal pour obtenir un rendez-vous pour un examen en échographie.

C'est simple, vous n'avez pas besoin de téléphoner pour prendre rendez-vous.

Un responsable du GASP du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal communiquera avec vous par téléphone dans les **72 heures** pour confirmer le traitement de votre demande de service.

Un rendez-vous vous sera ensuite attribué selon la priorité clinique identifiée par votre médecin référent.

Aide-mémoire pour la prise de rendez-vous

À remplir lorsque le GASP communiquera avec vous.

Date d'échographie: _____

Heure : _____

Lieu : _____

Numéro de téléphone en cas d'annulation : _____

Des questions* ?

514 495-6680

*à noter que le GASP ne pourra vous donner de renseignements sur l'état de votre demande si le délai de 72 heures n'a pas encore été atteint.