|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom de l’usager : | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| No d’assurance maladie | | |  | | | | Année | | | Mois |
|  | | | Expiration | | | |  | | |  |
| Nom et prénom du parent : | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Ind. rég. | | No téléphone | | | Ind. rég. | | | | No téléphone | |
|  |  | | |  | | | |  | | |
| Adresse : | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Code postal | | | | | |  | | | | |



**DEMANDE DE SERVICE EN ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE**

**(2E ET 3E TRIMESTRE) (pour clientèle ambulatoire)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) :Cliquez ici pour entrer une date. | | | | | | | | |
| 1re demande d’examen  Examen contrôle ► site du 1er 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 2e et 3e trimestre  Cœur fœtal négatif 2e ou 3e trimestre | | | | | | | **URGENT**  **Ne pas compléter le formulaire et référer directement à l’urgence** | |
| Obstétricale, 2e trimestre de grossesse | | | | | | | **Priorité selon le médecin référent :**  A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs  C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois E : ≤ 6 mois | |
| Obstétricale, 3e trimestre de grossesse | | | | | | | **Priorité selon le médecin référent :**  A : ≤ 3 jrs B : ≤ 10 jrs  C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois 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 référent | | | | No de permis | | | Estampe |
| No de téléphone | | No de poste | | No de télécopieur | | |
| Nom de la clinique | | | | | | |
| Signature | | | | | | |
| **Médecin de famille** | Idem médecin référent  Usager sans médecin de famille | | | Nom du médecin de famille | | | | |
| Nom de la clinique | | | | |
| À l’usage du technologue : G P A CYCLE | | | | | | | | |
| Pour joindre le GASP : | Téléphone :  Télécopieur : | (514) 495-6680  (514) 495-6722 | | | | Courriel : guichet.imagerie.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca | | |
| Code Zebra | | | | | | | | |