|  |
| --- |
| 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 trimestreCœur 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 |