



NOM / NAME

RAMQ

DATE DE NAISSANCE
DATE OF BIRTH

NO DE TÉLÉPHONE
PHONE NO.

Clinique de grossesses à risque élevé
Formulaire de référence

High Risk Prenatal Referral Form

Hôpital Royal Victoria –Site Glen / Royal Victoria Hospital- Glen Site, C06.5218
1001 Boulevard Décarie, Montreal, QC H4A 3J1
Téléphone / Telephone: 514-843-1603

URGENT

Envoyer le formulaire rempli par courriel à / Send the form filled out by email at : obstetrique.gare@muhc.mcgill.ca
Envoyer par fax à / Send by fax to : 514-843-2896

Préconception / Preconception **Grossesse** / Pregnancy **Postpartum**

Demande de (cocher √ autant que nécessaire) / Request for (check √ as many as applicable)		
<input type="checkbox"/> Médecine fœto-maternelle (MFM) consultation / Maternal Fetal Medicine (MFM) consultation	<input type="checkbox"/> Clinique de grossesses multiples / Multiple Pregnancy Clinic	<input type="checkbox"/> Examen de réactivité fœtale / Non Stress Test
<input type="checkbox"/> MFM transfert de soins / MFM transfer of care	<input type="checkbox"/> Hématologie / Hematology	<input type="checkbox"/> Clinique du diabète gestationnel / Gestational Diabetes Clinic
<input type="checkbox"/> Génétique prénatale / Prenatal Genetics	<input type="checkbox"/> Médecine Obstétricale / Obstetrical Medicine	<input type="checkbox"/> Endocrinologie / Endocrinology
<input type="checkbox"/> Clinique des anomalies fœtales / Fetal Anomaly Clinic	<input type="checkbox"/> Nutritionniste / Nutritionist	<input type="checkbox"/> Clinique de contraception complexe / Complex Contraception clinic

DDM	DPA	Semaines de gestation	G	T	P	A	L
LMP	EDC	Weeks of Gestation					

Raisons maternelles et/ou Fœtales / Maternal and/or Fetal concerns

Veillez noter que pour les rendez-vous MFM et de génétique prénatale, le dossier d'obstétrique est requis
Please note for MFM and prenatal genetic appointments, obstetrics file is required

- Tous les dossiers prénataux (y compris AH-266)** / All antenatal records (including AH-266)
- Toutes les échographies obstétricales** / All obstetrical ultrasounds
- Toute consultation ou rapport pertinent** / Any relevant consultation or report
- Groupe sanguin** / Blood group
- Résultats du dépistage prénatal** / Prenatal screening results

Informations sur le médecin référent / Referring Physician Information
Le numéro de fax doit être inclus afin de recevoir la communication post-consultation
Fax No. must be included in order to receive post-consult communication

Nom / Name	Courriel sécurisé / Secure Email
Téléphone directe / Direct telephone	Numéro de télécopieur / Fax number
Langue de correspondance préférée (respectée autant que possible) / Preferred Correspondence Language (Respected as much as possible)	<input type="checkbox"/> Anglais / English <input type="checkbox"/> Français / French

Signé électroniquement par / Electronically signed by

Poste / Extension **N°permis/License No.** **Date-Heure** / Time (AAYY/MM/JD) (00:00)

LÉGENDE DES ABRÉVIATIONS / ABBREVIATIONS LEGEND			
DDM / LMP	Date des dernières menstruations / Last menstrual period	DPA EDC	Date prévue pour l'accouchement / Estimated date of confinement
MFM	Médecine fœto-maternelle / Maternal-Fetal Medicine	L	Né vivant / Living
G T P A	G : Gravida : Grosseses/Pregnancy T : Terme/Term P : Prématuré/Premature A : Abortions		