

<input type="checkbox"/> Patient en traitement	<input type="checkbox"/> Époux/Partenaire (si applicable)
<input type="checkbox"/> Parent d'intention #1	<input type="checkbox"/> Parent d'intention #2
RAMQ	RAMQ
Prénom	Prénom
Nom	Nom
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Numéro de la carte d'hôpital	Numéro de la carte d'hôpital

En ce moment, très peu est connue sur l'effet de l'infection à COVID -19 sur la grossesse. Cependant les patientes enceintes sont plus à risque de complications avec des infections comme la grippe. Une forte fièvre pendant la grossesse PEUT ETRE associée avec un risque majoré de malformations, de fausse-couche, de mort fœtale in utero et d'accouchement prématuré.

En signant ci-dessous, j'accepte / nous acceptons les déclarations suivantes :

1. Le risque d'infection à la COVID-19 sur les grossesses, s'il existe, est inconnu mais pourrait inclure et n'est pas limité à une majoration des malformations congénitales, des fausses couches, des morts fœtales in utero ou des accouchements prématurés.
2. Mon / notre cycle de traitement peut être annulé en raison de nouvelles réglementations locales, au niveau provincial ou fédéral.
3. Si je suis directement exposé ou diagnostiqué (même si «sous enquête») à une infection au COVID-19, ou si j'ai des symptômes avec une maladie fébrile ou des symptômes pseudo-grippaux qui pourraient éventuellement être dûs au COVID-19 mon / notre cycle de traitement peut être annulé.
4. Mon / notre cycle de traitement peut être annulé si le Centre de reproduction du CUSM n'est pas en mesure de continuer à cause du manque de personnel ou d'approvisionnement.
5. Le Centre de reproduction du CUSM n'offre pas de tests de dépistage ou de diagnostic d'une infection à COVID-19. Si je présente / nous présentons des symptômes listés sur le site Web de la santé publique du Québec je contacterai / nous contacterons le 1 877-644-4545 (ligne téléphonique de la santé publique)
6. J'ai / nous avons discuté des risques de COVID-19 avec mon / notre professionnel de la santé. J'ai eu la chance de poser des questions et elles ont été répondues à ma / notre satisfaction. Je comprends / nous comprenons que de nouvelles informations pourraient devenir disponibles au fur et à mesure que nous en apprendrons davantage sur le virus.

Nom du patient/parent
d'intention #1
(en lettres moulées)

Signature

Lieu (Ville)

Date (AAAA/MM/JJ)

Époux/partenaire/parent
d'intention #2
(en lettres moulées)

Signature

Lieu (Ville)

Date (AAAA/MM/JJ)