Dynacare[MD]
Génétique et services spécialisés

Dynacare – Formulaire de référence prénatale

Veuillez envoyer une référence
par télécopieur à 450-901-3076

Nous contacterons votre patient dans les 2 jours ouvrables suivant la réception du formulaire. Des directives lui seront données relativement à la prise d'un rendez-vous par téléphone/courriel/SMS. En cas de tout changement relatif aux données démographiques du patient, veuillez nous en aviser le plus tôt possible au : genetics@dynacare.ca.

Date de demande de référence (MM/JJ/AAAA) : _____

Coordonnées de la patiente

	Partenaire 1	Partenaire 2 (au besoin)
Nom du patient/de la patiente		
DDN (MM/JJ/AAAA)		
Sexe biologique à la naissance (H/F/Autre)		
Identité sexuelle (H/F/Non binaire/Autre)		
Numéro de la carte de santé		
Adresse		
Code postal		
Téléphone (mobile) & Email :		

Motif de référence

- ☐ Âge maternel avancé
- ☐ DPTO/eFTS /DST (DPO, DPIS, Quad)/TPNI/DÏS
- ☐ Dépistage prénatal
- ☐ Tératogène – Médicament : _____
- ☐ Est-ce que vous ou votre partenaire souffrez d'un problème médical connu ou d'une anomalie congénitale ?
- ☐ Autre : _____

Requis pour TOUTES les références

- ☐ Tous les rapports d'échographie obstétriques de la grossesse actuelle
- ☐ Tous les résultats de dépistage prénatal

Renseignements sur la grossesse

GRAVIDA : _____

PARA : _____

SA : _____

TA : _____

DDM : _____

DPA : _____

Groupe sanguin et type : _____

Poids : _____

Échographie obstétrique (MM/JJ/AAAA) :

_____

*Si non disponible, veuillez transmettre la date prévue de l'échographie)

Votre bureau a-t-il prévu un dépistage prénatal ?
☐ Oui ☐ Non ☐ Refusé par la patiente
☐ En attente

La clarté nucale a-t-elle été prévue ?
☐ Oui Date : (MM/JJ/AAAA) : _____
☐ Non

Médecin/prestataire de soins référant :

_____

Conseiller en génétique : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

Téléc. : _____

Adresse courriel : _____

Numéro de facturation : _____