



Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

CONSULTATION MÉDICALE EXTERNE OBSTÉTRIQUE et Clinique multidisciplinaire GARE

EN CAS DE SITUATION URGENTE : la patiente doit absolument être vue en moins de 7 jours
Appeler au 514 890-8000 poste 12509 (laisser un message) **et télécopier** requête et documents au 514 412-7423

Renseignements patiente **OBLIGATOIRES** pour le traitement de la demande

Nom : _____	Prénom : _____
RAMQ : _____	Adresse complète : _____
Expiration : _____	_____
Téléphone 1 : (_____) _____ - _____	Téléphone 2 : (_____) _____ - _____
GPA : _____	Âge gestationnel : _____ semaines

Requérant : _____ Clinique du requérant : _____

Téléphone : (_____) _____ - _____ Télécopie : (_____) _____ - _____

Consultation demandée (Cocher un seul par demande) <input type="checkbox"/> GARE <input type="checkbox"/> MOG / ENDO <input type="checkbox"/> Anesthésie <input type="checkbox"/> Préconception GARE <input type="checkbox"/> Préconception MOG <input type="checkbox"/> Obstétrique générale	Type de rendez-vous demandé (Cocher un seul par demande) <input type="checkbox"/> Nouveau cas GARE/Obstétrique <input type="checkbox"/> Transfert GARE <input type="checkbox"/> Réévaluation <input type="checkbox"/> Consultation médicale	Documents <u>OBLIGATOIRES</u> pour le traitement de la demande <input type="checkbox"/> Dossier obstétrical <input type="checkbox"/> Rapports échographiques <input type="checkbox"/> Rapport de dépistage trisomie 21 <input type="checkbox"/> Autres documents pertinents * Si certains documents ne sont pas disponibles, svp le mentionner
---	---	---

Raison de la consultation (indiquer toute médication ou pathologie contributive)

SVP télécopier votre demande de consultation au point de chute : 514 412-7000

IMPORTANT : toute demande incomplète entraînera des délais quant au traitement de celle-ci

Signature du requérant

N° de permis

Date