



Hôpital général juif
Jewish General Hospital
5790 Côte-des-Neiges

PAV H-318 Tel: 514-340-7525

Centre d'échographie obstétricale Obstetrical Ultrasound Centre

DATE :

AN/YR - M - J/D

NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE / FAMILYNAME AT BIRTH

PRÉNOM / FIRST NAME

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH

NOM DE MARIAGE / MARRIED NAME

ADRESSE / ADDRESS

TELEPHONE

RAMQ #

☐ DEMANDE URGENTE/ URGENT REQUEST

Informations importantes pour les patientes / Important Patient information

- 1- Les patientes doivent se présenter avec leur réquisition, si non le rendez-vous pourrait être remis. Patients must present their requisition, or appt may be rescheduled.
- 2- Les patientes qui arrivent en retard pourraient voir leurs rendez-vous remis. Patients arriving late may be rescheduled.
- 3- Les patientes enceintes de moins de 28 semaines doivent se présenter avec une vessie pleine. SVP boire au moins 2 verres d'eau 30 min avant l'examen. Patients less than 28 weeks pregnant must arrive with full bladder. Please drink 2 glasses of water 30 mins before appt.

DDM / LMP

AN/YR M J/D

ECHO ANTERIEURE /
PREVIOUS ECHO

AN/YR M J/D

RESULTAT DE MSS-T21 /
MSS-T21 result:

DPA / EDC

AN/YR M J/D

LCC / CRL

MM

GROSSESSE MULTIPLE / Multiple gestation

DBP / BPD

MM

NON / NO ☐ OUI / YES ☐ Number: _____

EXAMEN D'ECHOGRAPHIE REQUIS / ULTRASOUND EXAM REQUESTED

- ☐ Étude Morphologique fœtale / Routine Anatomy Survey
- ☐ Datation / Dating
- ☐ Croissance fœtale / Fetal Growth
- ☐ Longueur cervicale / Cervical Length

☐ PBP / BPP

☐ Indice de liquide amniotique / Amniotic fluid index

☐ Amniocentèse / Amniocentesis

☐ Autre / Other: _____

Groupe Sanguin / Blood type _____

RENSEIGNEMENTS PERTINENTS / PERTINENT HISTORY

ALLERGIE / ALLERGY ☐ O ☐ N
spécifiez / specify

Rapport d'écho antérieure devrait être inclus avec la réquisition / Previous echo report should be included with requisition

NOM, PRÉNOM DU MÉDECIN TRAITANT OU RÉFÉRENT /
NAME OF REFERRING PHYSICIAN

SIGNATURE

No PERMIS / LICENCE No

ADRESSE / ADDRESS

No TÉLÉPHONE / TELEPHONE No

No FAX / FAX No

COURRIEL / EMAIL:

NOM DU RÉSIDENT / NAME OF RESIDENT

No PERMIS / LICENCE No