

INSTALLATION : \_\_\_\_\_

**DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS**  
**ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE**

DATE 

Année	Mois	Jour
-------	------	------

Date de naissance		N° de dossier	
Année	Mois	Jour	
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance		Prénom	
Adresse			
Ville	Code postal	N° de téléphone	
Nom de la mère		Prénom de la mère	
Nom du père		Prénom du père	

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE :  B : Inférieure ou égale à 10 jours  C : Inférieure ou égale à 28 jours  
 D : Inférieure ou égale à 3 mois (90 jours)  Suivi

Télécopier la requête au 819 348-3792  
Le service d'échographie obstétricale communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous.

**À COMPLÉTER**

Grossesses multiples :  Oui  Non  Inconnu  
IMC\* : \_\_\_\_\_ Poids<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ DDM\* : \_\_\_\_\_ DPA\* : \_\_\_\_\_

**Échographie 1<sup>er</sup> trimestre (moins de 16 semaines)**

Saignement  Viabilité  Datation  Autre(s) : \_\_\_\_\_  
BHCG quantitatif à Valeurs : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ \* Doit avoir été réalisé avant l'échographie du 1<sup>er</sup> trimestre

**Échographie 1<sup>er</sup> trimestre (entre 11 3/7 semaines et 13 6/7 semaines)**

Examen complet 1<sup>er</sup> trimestre (T<sub>1</sub>) incluant morphologie de base et clarté nucale

**Échographie 2<sup>e</sup> trimestre (entre 18 et 22 semaines)**

Morphologie de dépistage (niveau 1)  Morphologie d'expertise (niveau 2)  
 Complément de morphologie Date de l'examen antérieur : \_\_\_\_\_  
 Autre(s) : \_\_\_\_\_

**Échographie 3<sup>e</sup> trimestre (croissance)**

Croissance fœtale  Localisation du placenta  Longueur cervicale  
 Suivis (cocher le nombre d'examen requis) :  1  2  3  4  5 À partir du : \_\_\_\_\_  
 Autre(s) : \_\_\_\_\_

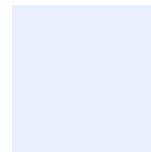
**Échographie cardiaque fœtale (cardiologie pédiatrique)**

**Renseignements cliniques obligatoires (précisez : histologie, extension, question clinique, etc.)**

**Point de service du médecin référent**

N° téléphone : \_\_\_\_\_ N° télécopieur : \_\_\_\_\_  
Nom du point de service : \_\_\_\_\_  
Médecin en copie conforme et n° de permis : \_\_\_\_\_  
**! Médecin répondant en cas de trouvaille anormale nécessitant une prise en charge urgente :**  
\_\_\_\_\_

**ESTAMPE**



Signature du médecin référant \_\_\_\_\_ Nom en caractère d'imprimerie \_\_\_\_\_ N° de permis \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> À documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible

\*IMC : Indice de masse corporelle, DDM : Date des dernières menstruations, DPA : Date probable d'accouchement

CHUS-OP-I-M-004