

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



Hôpital Maisonneuve-Rosemont



HMR1513

N° Dossier :

Date de naissance :

Sexe :

Nom, Prénom :

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone :

NAM :

Expiration :

DEMANDE DE CONSULTATION EN PLANNING POUR GROSSESSE SAIGNEMENTS

RV :

☐ G

☐ P

☐ A

☐ C/S antérieure

☐ DDM : _____

OBLIGATOIRE : Faxer tous les documents suivants : PLANNING 514-251-7061

☐ Demande de consultation médicale

☐ FSC

☐ Groupe sanguin

☐ BHCG

☐ Résultat échographie si non fait ou non révisé HMR * Ne sera pas accepté, voir DSQ

NB : Tous les dossier incomplets apportent des délais de prise en charge.

Normalement, la patiente sera rejointe dans les 24 à 48 heures ouvrables.

*Si saignement important, une consultation à l'urgence est conseillé. Aviser la patiente svp

Message à l'équipe du planning :

SVP spécifier : ☐ Je désire recevoir le résultat de la consultation par fax

☐ Je désire prendre en charge la patiente post curetage