



**TEMISKAMING
MATERNITY
CARE GROUP**
COMPREHENSIVE OBSTETRICAL
AND FAMILY CARE

Demande de services en soins obstétriques

TÉL. : 705 622-2161

ENVOYEZ LES DEMANDES DE SERVICE PAR TÉLÉCOPIEUR : 705-672-5900

Date à laquelle le formulaire a été rempli :

Nom de la patiente		Nom du fournisseur de soins envoyant la présente demande de service :
Date de naissance		Téléphone du fournisseur :
Adresse		Télécopieur du fournisseur :
Numéro de téléphone ou courriel		Fournisseur de soins primaires (si différent de ce qui précède) :
		OU :
		Je n'ai pas de fournisseur de soins et je remplis ce formulaire moi-même <input type="checkbox"/>

Si vous n'avez pas de boîte vocale, mais que vous pouvez répondre uniquement par texto ou courriel, cochez ici

Premier jour des dernières règles, si connu :
Date prévue de l'accouchement, si connue :
Si votre patiente préfère être accouchée par le médecin qui a fait le suivi prénatal au cours de sa dernière grossesse, nous ferons notre possible pour satisfaire ce souhait.
<input type="checkbox"/> D ^{re} Alexander. <input type="checkbox"/> D ^{re} Currie <input type="checkbox"/> Dr Sears <input type="checkbox"/> Dr Besner <input type="checkbox"/> D ^{re} Lawson <input type="checkbox"/> Aucune préférence : le premier médecin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D ^{re} Barron <input type="checkbox"/> Dr Morency disponible, s'il vous plaît.
Note pour les demandeurs : Les demandes doivent nous être envoyées vers la 28 ^e semaine de gestation du bébé. Cependant, les demandes faites à des fins de consultation précoce ou en fonction des risques pour le fœtus ou la mère ou le degré d'aisance de celle-ci peuvent nous être envoyées plus tôt.
Si vous êtes disposé à partager les soins obstétricaux et la patiente, et que le fournisseur de soins obstétricaux n'y voit pas d'objection, cochez ici <input type="checkbox"/>

Les renseignements ci-dessous ne sont pas requis avant le renvoi, mais incluez-les si vous les avez. Si vous envoyez vous-même cette demande, tous les examens seront prescrits pour vous lors de votre premier rendez-vous, au besoin.

- Ontario Perinatal Record rempli (pages 1, 2 et 3)
- Dépistage prénatal : systèmes ABO et Rh, dépistage d'anticorps; formule sanguine complète, culture urinaire
- Lab. de santé publique : VIH, antigène de surface de l'hépatite B, VDRL, rubéole, gonorrhée/chlamydia
- Date et résultats du dernier test Pap
- Toutes les échographies faites jusqu'à ce jour pendant la grossesse

<p>Votre patiente aimerait-elle être vue en personne ou par Telemedicine? Ce service est disponible pour les patientes d'Englehart et de Kirkland Lake afin de réduire au minimum le temps passé sur la route pour se rendre à un rendez-vous.</p> <p style="text-align: center;">En personne Telemedicine</p> <p style="text-align: center;"><i>Notez qu'actuellement, les D^{rs} Barron, Currie, Lawson et Sears offrent des consultations par l'intermédiaire d'OTN à l'Hôpital Temiskaming.</i></p>
<p>Pour des raisons de transport, est-ce que votre patiente préférerait être examinée dans une communauté particulière?</p> <p style="text-align: center;">New Liskeard Haileybury Cobalt Aucune préférence</p>
<p>Si votre patiente a déjà eu une césarienne, prévoit-elle en avoir une autre?</p> <p style="text-align: center;">Oui Non Incertaine à ce moment-ci</p>

Merci pour l'envoi de votre demande! Nous sommes heureux de prendre soin de vous pendant votre grossesse.