



Formulaire d'aiguillage des patient(e)s

IDENTIFICATION PATIENT(E) — IDENTIFICATION DU/DE LA PARTENAIRE (OU, LE CAS ÉCHÉANT, DONNEUR DE SPERME/DONNEUSE D'OVULES)

Date du jour JJ MM AAA

*Obligatoire

URGENT: Oncologie ou autre raison médicale justifiant la préservation de la fertilité

Veuillez joindre tout document pertinent (notes/rapports). Votre patient(e) sera contacté(e) dans les 24 heures.

Médecin traitant

Nom, Numéro du médecin, Adresse, Ville, Province, Téléphone, Fax, Courriel

IMPORTANT : Les formulaires d'aiguillage doivent fournir des informations sur les deux partenaires (le cas échéant) avant de planifier une première consultation. * Les champs marqués d'un astérisque doivent obligatoirement être remplis

Informations sur le/la patient(e)

Nom*, Nom d'usage (si différent), N° assurance-maladie, date d'expiration, Date de naissance*, Téléphone*, Courriel*, Sexe biologique/assigné à la naissance, Pronoms préférés

Informations sur le/la partenaire

Nom*, Nom d'usage (si différent), N° assurance-maladie, date d'expiration, Date de naissance*, Téléphone*, Courriel*, Sexe biologique/assigné à la naissance, Pronoms préférés

Raison(s) de l'aiguillage

- Fécondation in vitro
Insémination intra-utérine
Fausses-couches récurrentes
Préservation de la fertilité
Évaluation de la fertilité
Infertilité inexpiquée
Don d'ovules ou de sperme
Autre (voir commentaires)

- Recommandation pour
Dr. Samuel Jean
Autre

Commentaires

Empty text box for comments

Conceptia communiquera avec votre patient(e) pour convenir d'une consultation une fois le formulaire d'aiguillage reçu. Merci de nous confier les soins de votre patient(e).