


FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT 	Étiquette / Carte Hôpital
PATIENTE	
Nom : _____	
Prénom : _____	Date de naissance: ____:____:____
N° RAMQ : _____	Code postal: _____
# Tél (jour): _____	*Courriel : _____

DIAGNOSTIC ET CLINIQUE

DDM (GTD): ____:____:____	G : P : A :
Diagnostic : _____	Groupe sanguin / Rh : _____
Date du dx : ____:____:____	β-hCG au dx : _____
Présentation clinique	<input type="checkbox"/> Métrorragies <input type="checkbox"/> Kystes lutéiniques <input type="checkbox"/> Utérus agrandi (> DDM) Taille : ____ semaines
	<input type="checkbox"/> Suivi β-hCG anormal <input type="checkbox"/> Avortement incomplet <input type="checkbox"/> Échographie anormale <input type="checkbox"/> Autre : _____

TRAITEMENTS

CHIRURGIE	DATE (jj.mm.aaaa)	HÔPITAL
<input type="checkbox"/> D&C (1 ^{er} traitement) <input type="checkbox"/> Autres : _____	_____:_____:_____ _____:_____:_____	_____ _____
Chimiothérapie : _____	Date : ____:____:____	

MÉDECIN ORIENTEUR

Nom: _____	N° de pratique : _____
Tél : _____	Fax: _____
Courriel : _____	