

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT 		Étiquette / Carte Hôpital	
PATIENTE			
Nom : _____			
Prénom : _____		Date de naissance: _____._____._____	
# 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 <input type="checkbox"/> D&C (1 ^{er} traitement) <input type="checkbox"/> Autres : _____	DATE (jj.mm.aaaa) _____._____._____ _____._____._____	HÔPITAL _____ _____
Chimiothérapie : _____		Date : _____._____._____

MÉDECIN ORIENTEUR

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

Consentement à envoyer au RMTQ / Dr Annick PINA

Par courriel (catherine.de.ravinel.chum@ssss.gouv.qc.ca), fax(514) 412-7843 ou à l'adresse ci-dessous.