RÉFÉRENCE-DÉPISTAGE ANTÉNATAL
CLINIQUE DES MALFORMATIONS OROFACIALES (CMOF)

Date : _____/_____/_____
aaaa mm jj

Référé par :_____

Nombre de semaines de grossesse : _____ Date prévue de l'accouchement (aaaa/mm/jj) : _____

Type de fente suspectée à l'échographie :

☐ Fente labiale ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Bilatérale

☐ Fente labiopalatine ☐ Gauche ☐ Droite ☐ Bilatérale

☐ Fente palatine _____

Autre(s) malformation(s) orofaciale(s) : _____

Autre(s) malformation(s) suspectée(s)/en investigation : _____

1. **Contacter la coordonnatrice de l'équipe : Élisa-Maude McConnell, téléphone 418 525-4444 poste 47210**
   Faire codifier par les téléphonistes (poste 42777)

Celle-ci est disponible lors du diagnostic pour rencontrer les parents afin de répondre à leurs questions concernant la prise en charge par l'équipe.

2. **Acheminer votre référence à :**

Clinique des malformations orofaciales
CHU de Québec-Université Laval, CHUL
Téléphone : 418 525-4444 poste 47694
Télécopieur : 418 990-8246

( )

À jeter
D.I.C.: 3-4-4

RÉFÉRENCE-DÉPISTAGE ANTÉNATAL
CLINIQUE DES MALFORMATIONS OROFACIALES (CMOF)