

**DEMANDE D'EXAMEN D'ÉCHOGRAPHIE
OBSTÉTRICALE CHU DE QUÉBEC-UL**



Balayer ce code QR pour nous faire parvenir votre demande d'examen ou utilisez le lien internet suivant :

<https://www.chudequebec.ca/patient/imagerie-prise-de-rendez-vous.aspx>

Nous communiquerons avec vous afin de vous offrir un rendez-vous au moment opportun!

PROVENANCE DE LA DEMANDE:

URGENCE HOSPITALISÉE EXTERNE

LIEU D'EXAMEN: CHUL HSFA

**DOIT ÊTRE LE LIEU PRÉVU D'ACCOUCHEMENT*

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES : NON OUI: AÉRIENNE GOUTTELETTES/CONTACT CONTACT CONTACT RENFORCÉ

NIVEAU DE PRIORITÉ : ÉCHO SUIVI STANDARD À RÉALISER À _____ (NBR. SEMAINES)

URGENT(0 - 24 HEURES) 1-6 JOURS 7-13 JOURS 14 JOURS + CONTRÔLE SANS FAUTE (aaaa/mm/jj) : ____/____/____

INFORMATIONS IMPORTANTES SUR LA GROSSESSE :

DATE PRÉVUE D'ACCOUCHEMENT(aaaa/mm/jj) : ____/____/____

OU DATE DERNIÈRES MENSTRUATIONS (aaaa/mm/jj) : ____/____/____

GROSSESSE MULTIPLE : NON

OUI, SPÉCIFIER : _____

ÉCHOGRAPHIE 1^{ER} TRIMESTRE (MOINS DE 16 SEMAINES)

CHORIONICITÉ

COMPLICATIONS T1 : SAIGNEMENT DOULEUR
 SUSPICION ECTOPIQUE ATCD ECTOPIQUE

*B-HCG : _____ Unités I/L DATE : (aaaa/mm/jj) ____/____/____

CONTRÔLE AVORTEMENT INCOMPLET (DATE D'AVORTEMENT : aaaa/mm/jj : ____/____/____)

DATATION (DATE DERNIÈRE MENSTRUATION INCONNUE)

DÉPISTAGE COMPLET T1 (INCLUANT MORPHOLOGIE DE BASE ET CLARTÉ NUCALE)

ÉCHOGRAPHIE D'INTERVENTION

AMNIOCENTÈSE

AMNIORÉDUCTION

BIOPSIE CHORION

CORDOCENTÈSE

INJECTION KCL

PONCTION : _____

TRANSFUSION INTRA UTÉRINE

ÉCHOGRAPHIE 2^e et 3^e TRIMESTRE (16 SEMAINES ET PLUS)

*CROISSANCE

CROISSANCE ROUTINE 35 SEMAINES (acceptée pour raison énumérée en annexe seulement)
INDIQUER LA RAISON : # _____

*DOPPLER : AO ACM DV AU

*LOCALISATION PLACENTAIRE

*LONGUEUR DE COL ENDOVAGINAL (ENTRE 16 ET 30 SEMAINES)

MORPHOLOGIE COMPLÉMENT MORPHOLOGIE MORPHOLOGIE PRÉCOCE

*PROFIL BIOPHYSIQUE

*RECHERCHE D'ANOMALIE (LORSQUE FAIT L'OBJET D'UNE DEMANDE DE CONSULTATION CEMA)

*SUIVI D'ANOMALIE

*VOLUME DE LIQUIDE/PRÉSENTATION

INDICATION CLINIQUE OBLIGATOIRE (POUR LES DEMANDES AVEC « * ») :

GROSSESSE GÉMELLAIRE

SUIVI CROISSANCE JUMEAUX

MONOCHORIONIQUES

(16-18-22-24-26-28-30-32-34-36)

SUIVI CROISSANCE JUMEAUX

DICHORIONIQUES

(24-28-32-36)

--ANNEXE CROISSANCE ROUTINE 35 SEM--

1. IMC < 19 et de >30
2. Tabac, alcool, drogue
3. Faible statut socio-économique
4. Âge < 16 ans et > 40 ans
5. Maladie inflammatoire de l'intestin stable.
6. Épilepsie stable
7. Thromboprophylaxie pour ATCD de TEV
8. Insertion marginale du cordon
9. Prise de poids inadéquate (< 8kg ou > 20kg)
10. Anti-dépresseur
11. Désir AVAC
12. Covid légère à modérée en grossesse

Médecin demandeur Nom : _____ Prénom : _____

N° de permis : _____ Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : ____/____/____

C.C. : _____ Heure (hh :mm) : _____