CHU de Québec Université Laval

CQ11188

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 ☐ HOSPITALISEE ☐ 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 1ER 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 2e 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/SUIVI D'ANOMALIES**
☐ ***VOLUME DE LIQUIDE/PRÉSENTATION**

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

ÉCHOGRAPHIE D'INTERVENTION

☐ **AMNIOCENTÈSE**
☐ **AMNIORÉDUCTION**
☐ **BIOPSIE CHORION**
☐ **CORDOCENTÈSE**
☐ **INJECTION KCL**
☐ **PONCTION :**_____
☐ **TRANSFUSION INTRA UTÉRINE**

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) :_____