

Nom du médecin/ Dr. _____ Adresse/Address : _____ _____ Tél/Tel : _____ Télécopieur /Fax : _____ Copie à /Copy to : _____ STAT <input type="checkbox"/> _____	Numéro d'assurance maladie/ RAMQ # _____ / _____ Prénom /First Name _____ Nom à la naissance/Maiden Name _____ _____ Nom du mari/ Married name _____ / _____ / _____ Date de naissance /Date of birth _____ Sexe /Sex _____ Dossier/File (année/mois/jour)
Prénatal	Préparation
<input type="checkbox"/> Dépistage Prénatal Testing (Prenatest®) Clarté nucale/Nuchal translucency 1^{er} et 2^e trimestre/ 1st and 2nd trimester <input type="checkbox"/> 1^{er} Trimestre /1st Trimester <input type="checkbox"/> 2^e Trimestre / 2nd Trimester <input type="checkbox"/> 3^e Trimestre / 3rd Trimester <input type="checkbox"/> Imagerie 3D/4D Imaging <input type="checkbox"/> Datation/ Dating <input type="checkbox"/> Jumeaux/Twins	<p>Aucune préparation nécessaire pour les examens prénataux No preparation required for Prenatal testing</p> <p>Notes: _____ _____ _____ _____</p>
Échographies / Ultrasounds	Préparation
<input type="checkbox"/> Échographie abdominale Abdominal Ultrasound	<p>Être à jeun au moins 5 heures avant l'examen. Ne rien boire ni manger. Fasting at least 5 hours before the ultrasound. Do not drink or eat.</p>
<input type="checkbox"/> Échographie pelvienne Pelvic Ultrasound	<p>Boire 1 litre d'eau 2 heures avant l'heure de votre rendez-vous. Ne pas uriner. Drink 1 litre of water 2 hrs before your appointment. Do not urinate</p>
<input type="checkbox"/> Échographie pelvienne et endovaginale Pelvic and endovaginal Ultrasound	<p>Boire 1 litre d'eau 2 heures avant l'heure de votre rendez-vous. Ne pas uriner. Drink 1 litre of water 2 hrs before your appointment. Do not urinate</p>
<input type="checkbox"/> Échographie des seins Breast Ultrasound	<p>Aucune préparation nécessaire No preparation necessary</p>
<input type="checkbox"/> Échographie de la thyroïde Thyroid Ultrasound	<p>Aucune préparation nécessaire No preparation necessary</p>
<input type="checkbox"/> Échographie des testicules Testes Ultrasound	<p>Aucune préparation nécessaire No preparation necessary</p>
<input type="checkbox"/> Échographie Doppler veineux Doppler Venous Ultrasound	<p>Aucune préparation nécessaire No preparation necessary</p>
<input type="checkbox"/> Échographie musculosquelettique Musculoskeletal Ultrasound	<p>Aucune préparation nécessaire No preparation necessary</p>
Notes: _____ _____	
<p><i>Notre technologue ne peut pas interpréter votre échographie. Veuillez contacter votre médecin pour votre résultat.</i> <i>Our technician is not authorized to provide interpretation of your ultrasound. Please contact your physician for your result..</i></p>	
Signature du médecin/ Dr signature _____ Date _____	