



Formulaire d'aiguillage des patient(e)s

IDENTIFICATION PATIENT(E) — IDENTIFICATION DU/DE LA PARTENAIRE (OU, LE CAS ÉCHÉANT, DONNEUR DE SPERME/DONNEUSE D'OVULES)

Date du jour JJ MM AAA

URGENT: Oncologie ou autre raison médicale justifiant la préservation de la fertilité

Veuillez joindre tout document pertinent (notes/rapports). Votre patient(e) sera contacté(e) dans les 24 heures.

*Obligatoire

Médecin traitant

Nom, Numéro du médecin, Adresse, Ville, Province, Téléphone, Fax, Courriel

IMPORTANT : Les formulaires d'aiguillage doivent fournir des informations sur les deux partenaires (le cas échéant) avant de planifier une première consultation. * Les champs marqués d'un astérisque doivent obligatoirement être remplis

Informations sur le/la patient(e)

Nom*, Nom d'usage (si différent), N° assurance-maladie, date d'expiration, Date de naissance*, Téléphone*, Courriel*

Sexe biologique/assigné à la naissance, Pronoms préférés

Raison(s) de l'aiguillage

Fécondation in vitro, Insémination intra-utérine, Fausses-couches récurrentes, Préservation de la fertilité, Évaluation de la fertilité, Infertilité inexpiquée, Don d'ovules ou de sperme, Autre (voir commentaires), Recommandation pour

Informations sur le/la partenaire

Nom*, Nom d'usage (si différent), N° assurance-maladie, date d'expiration, Date de naissance*, Téléphone*, Courriel*

Sexe biologique/assigné à la naissance, Pronoms préférés

Commentaires

Text area for comments

Conceptia communiquera avec votre patient(e) pour convenir d'une consultation une fois le formulaire d'aiguillage reçu. Merci de nous confier les soins de votre patient(e).