

Clinique / Clinic:

Médecin traitant / Referring physician:



CDL Laboratoires

5990 Côte-des-Neiges, Mtl, (Qc) H3S 1Z5
Tél. : (514) 344-8022 Fax : (514) 344-8024
Courriel : service@laboratoirescdl.com
Lundi au vendredi de 8h00 à 20h00
Dimanche de 10h00 à 14h00

REQUÊTE DE DÉPISTAGE PRÉNATAL / PRENATAL SCREENING REQUISITION

Date : aaaa / mm / jj
yyyy / mm / dd
Nom / Last Name :
Date de naissance / Date of birth : aaaa / mm / jj
yyyy / mm / dd
Téléphone / Phone number :
Courriel / Email :

CDL Lab ID :
Prénom / First Name :
# Assurance maladie / Medicare # :
Adresse / Address :

ANALYSE(S) PRESCRITE(S) / REQUESTED TEST(S)

- 1TRI Échographie du 1er trimestre (clarté nucale) / 1st trimester ultrasound (nuchal translucency)
MSS1 Dépistage prénatal du 1er trimestre / 1st trimester prenatal screening
IMSS Dépistage prénatal intégré 1er - 2e trimestres / Integrated prenatal screening 1st - 2nd trimesters
MSS2 Dépistage prénatal du 2e trimestre, 3 marqueurs / 2nd trimester prenatal screening, 3 markers
MSS4 Dépistage prénatal du 2e trimestre, 4 marqueurs / 2nd trimester prenatal screening, 4 markers

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES / CLINICAL INFORMATION

Origine ethnique / Ethnic background
Gravida
Grossesse in-vitro / IVF pregnancy
Antécédent de grossesse / Previous pregnancy history
Diabète insulino-dépendant / Insulin dependant diabetes
Saignement vaginal durant cette grossesse / Vaginal bleeding during this pregnancy
Amniocentèse ou prélèvement de villosités choriales / Amniocentesis or chorionic villus sampling
Dépistage prénatal positif (Spina-Bifida, Trisomie 21) / Positive prenatal screening (Spina-Bifida, Trisomy 21)
Fumeuse / Smoker

RAPPORT D'ÉCHOGRAPHIE / ULTRASOUND REPORT

Date des dernières menstruations / Last menstrual period
Date de l'échographie / Date of ultrasound
Âge gestationnel par échographie (à la date de l'échographie) / Gestational age by ultrasound (at date of ultrasound)
Grossesse multiple / Multiple pregnancy
Bébé A / Baby A
Bébé B / Baby B
Échographiste / Sonographer

CONSENTEMENT DU MÉDECIN / PHYSICIAN'S CONSENT

J'autorise l'analyse de ce spécimen par les Laboratoires CDL ou ses agents autorisés en ce qui concerne le(s) test(s) mentionné(s) ci-dessus. Les résultats et les recommandations de suivi seront inclus dans le rapport.

Signature: Date: aaaa / mm / jj
yyyy / mm / dd

CONSENTEMENT DE LA PATIENTE / PATIENT'S CONSENT

Je reconnais avoir reçu les renseignements concernant la nature du test prescrit ci-dessus et donne mon consentement à ce que cette analyse soit effectuée et à ce que mon échantillon sanguin devienne la propriété des Laboratoires CDL.

Signature: Date: aaaa / mm / jj
yyyy / mm / dd

Un rendez-vous est nécessaire pour l'échographie du 1er trimestre, veuillez appeler le (514) 344-8022 poste 333.
An appointment is mandatory for the 1st trimester ultrasound, please call (514) 344-8022 ext.333.