



CENTRE DE FERTILITÉ D'OTTAWA

Demande de consultation

Tél. : 613 686-3378 • Téléc. : 613 225-9736

955 Green Valley Crescent, Ottawa, ONT. K2C 3V4 • Stationnement gratuit

QUAND ENVOYER UNE DEMANDE

- Partenaire femme de moins de 35 ans qui essaie de concevoir depuis au moins 12 mois.
- Partenaire femme de 35 ans ou plus qui essaie de concevoir depuis au moins 6 mois.
- Menstruations irrégulières, facteur masculin connu, facteur tubaire connu ou endométriose, traitement antérieur d'infertilité

RAISON DE LA DEMANDE

URGENT

DATE : _____

Âge du patient _____	<input type="checkbox"/> Infertilité masculine	<input type="checkbox"/> Préservation de la fécondité (congélation d'ovocytes ou de sperme)
Analyse de sperme ordonnée	<input type="checkbox"/> Infertilité féminine	<input type="checkbox"/> Insémination avec sperme de donneur
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Problèmes d'ovulation	<input type="checkbox"/> Fécondation in vitro
<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Fausses couches à répétition	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Chirurgie reproductive	
Commentaires :		

DÉTAILS SUR LE OU LA PATIENTE.

NOM : _____

Numéro de téléphone 1 : _____

DDN (a/m/j), _____

N° de carte OHIP (ou autre): _____

Adresse : _____

Les patients sans carte d'assurance maladie de l'Ontario (OHIP) valide se verront facturer leurs visites aux taux actuels de l'AMO.

DEMANDE ADRESSÉE À :

- Dr P. Claman
- Dr J. Haebe
- Dr D. Kotarba
- Dr A. Leader
- Dr T. Vause
- Dr D. Shmorgun
- Prochain médecin disponible

Préférence pour le service en français : Oui Non

MÉDECIN DEMANDEUR :

Nom : _____

N° de facturation du MSSLD : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Adresse : _____

DEMANDES URGENTES : veuillez appeler le 613 686-3378 et demandez à parler au médecin de garde.