

Name of referring doctor / Nom du médecin référent: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Address / Adresse: \_\_\_\_\_

PATIENT INFORMATION / DÉTAILS SUR LE/LA PATIENT.E		PARTNER INFORMATION / DÉTAILS SUR LE/LA PARTENAIRE	
Name/ Nom :		Name/ Nom :	
DOB (D/M/Y) : DDN (J/M/A)		DOB (D/M/Y) : DDN (J/M/A)	
Medicare No.: No. d'assurance maladie:		Medicare No.: No. d'assurance maladie:	
Phone No. : Numéro de téléphone :		Phone No. : Numéro de téléphone :	
Address/ Adresse :		Address/ Adresse :	

**IMPORTANT NOTICE:** If same sex couple, two consultation request forms are required.

**NOTE IMPORTANTE:** Si couple de même sexe, deux demandes de consultations sont requises.

REASON FOR REFERRAL		RAISON DE LA DEMANDE	
<input type="checkbox"/> Cancer Patient	<input type="checkbox"/> Donor Sperm Insemination	<input type="checkbox"/> Patient.e avec cancer	<input type="checkbox"/> Insémination avec sperme de donneur
<input type="checkbox"/> Male Infertility	<input type="checkbox"/> In Vitro Fertilization	<input type="checkbox"/> Infertilité masculine	<input type="checkbox"/> Fécondation In Vitro
<input type="checkbox"/> Female Infertility	<input type="checkbox"/> Fertility Preservation	<input type="checkbox"/> Infertilité féminine	<input type="checkbox"/> Préservation de la fécondité
<input type="checkbox"/> Ovulation Problems	<input type="checkbox"/> Reproductive Surgery	<input type="checkbox"/> Problèmes d'ovulation	<input type="checkbox"/> Chirurgie reproductive
<input type="checkbox"/> Recurrent Pregnancy Loss	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Avortement à répétition	<input type="checkbox"/> Autre

Comments / Commentaires:

ADDITIONAL INFORMATION		INFORMATIONS ADDITIONNELLES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ If available, please send the following blood results with your referral: AMH &amp; FSH (day 3), LH (day 8), Progesterone (day 8 &amp; 21), TSH, Prolactin &amp; Vitamin D</li> <li>➤ Please also verify rubella &amp; varicella immunity and provide adequate vaccination when necessary.</li> <li>➤ Semen analysis</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si disponible, veuillez joindre les résultats sanguins suivants à votre demande de consultation: AMH &amp; FSH (jour3), LH (jour 8), Progestérone (jour 8 et 21), TSH, Prolactine et Vitamine D.</li> <li>➤ S.V.P. vérifié l'immunité à la rubéole et la varicelle, puis vous assurer d'une vaccination adéquate, au besoin.</li> <li>➤ Analyse de sperme</li> </ul>	

WHEN TO REFER		QUAND ENVOYER UNE DEMANDE	
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Female &lt; 35 and trying to conceive for 12 + months</li> <li>❖ Female 35 to 37 and trying to conceive for 6 + months</li> <li>❖ Female &gt; 38 and over, refer today</li> <li>❖ Known male factor, known tubal factor or endometriosis and prior fertility treatment, refer today</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Femme &lt; 35 ans qui essaie de concevoir depuis + 12 mois</li> <li>❖ Femme de 35 à 37 ans qui essaie de concevoir depuis + 6 mois</li> <li>❖ Femme &gt; 38 ans, référez aujourd'hui</li> <li>❖ Facteur masculin connu, facteur tubaire connu ou endométrioses et traitement antérieur d'infertilité, référez aujourd'hui</li> </ul>	

REFERRAL TO/ DIRIGER VERS	
<input type="checkbox"/> Dr. Robichaud	<input type="checkbox"/> Dr. Samuel Jean
<input type="checkbox"/> First available specialist/ Premier spécialiste disponible	

Doctor's signature / Signature du médecin : \_\_\_\_\_

FacilicorpNB