



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.

Médecin traitant

Nom Numéro du médecin

Adresse Ville Province

Téléphone Fax Courriel

IMPORTANT : Dans le cas d'une famille homoparentale, deux formulaires d'aiguillage sont requis.

Informations sur le/la patient(e)

Nom

Nom d'usage (si différent)

N° assurance-maladie

Date de naissance JJ MM AAAA Téléphone

Courriel

Sexe biologique/assigné à la naissance Femme Homme Autre _____

Pronoms préférés Elle Il/lui Iel Autre _____

IMC >40

Raison(s) de l'aiguillage

Fécondation in vitro Insémination intra-utérine Fausses-couches récurrentes Consultation en matière de fertilité Préservation de la fertilité Infertilité inexpiquée Mère porteuse Donneuse d'ovules/donneur de sperme

Recommandation pour
 Dr. Samuel Jean Autre _____

Informations sur le/la partenaire

Nom

Nom d'usage (si différent)

N° assurance-maladie

Date de naissance JJ MM AAAA Téléphone

Courriel

Sexe biologique/assigné à la naissance Femme Homme Autre _____

Pronoms préférés Elle Il/lui Iel Autre _____

Commentaires

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).