

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT RMTQ		Étiquette / Carte Hôpital	
PATIENTE			
Nom : _____			
Prénom : _____		Date de naissance: _____.____. _____	
N° RAMQ : _____		Code postal: _____	
# Tél (jour): _____		Courriel : _____	

DIAGNOSTIC ET CLINIQUE

DDM (GTD) : _____.____._____		G :__ P :__ A :__	
Diagnostic : _____		Groupe sanguin / Rh : _____	
Date du dx : _____.____._____		β-hCG au dx : _____	
Présentation clinique	<input type="checkbox"/> Métrorragies	<input type="checkbox"/> Suivi β-hCG anormal	
	<input type="checkbox"/> Kystes lutéiniques	<input type="checkbox"/> Avortement incomplet	
	<input type="checkbox"/> Utérus agrandi (> DDM)	<input type="checkbox"/> Échographie anormale	
	Taille : ____ semaines	<input type="checkbox"/> Autre : _____	

TRAITEMENTS

CHIRURGIE	DATE (jj.mm.aaaa)	HÔPITAL
<input type="checkbox"/> D&C (1 ^{er} traitement)	_____.	_____
<input type="checkbox"/> Autres : _____	_____.	_____
Chimiothérapie : _____		Date : _____.____._____

MÉDECIN ORIENTEUR

Nom: _____	N° de pratique : _____
Tél : _____	Fax: _____
Courriel : _____	