

Name of referring doctor / Nom du médecin référant: _____

Date: _____ Telephone: _____ Fax: _____

Address / Adresse: _____

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

PARTNER INFORMATION / DETAILS SUR LE/LA PARTENAIRE	
Name/ Nom :	
DOB (D/M/Y) : DDN (J/M/A)	
Medicare No.: No. d'assurance maladie:	
Phone No. : Numéro de téléphone :	
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"/> Male Infertility <input type="checkbox"/> Female Infertility <input type="checkbox"/> Ovulation Problems <input type="checkbox"/> Recurrent Pregnancy Loss	<input type="checkbox"/> Donor Sperm Insemination <input type="checkbox"/> In Vitro Fertilization <input type="checkbox"/> Fertility Preservation <input type="checkbox"/> Reproductive Surgery <input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Patient.e avec cancer <input type="checkbox"/> Infertilité masculine <input type="checkbox"/> Infertilité féminine <input type="checkbox"/> Problèmes d'ovulation <input type="checkbox"/> Avortement à répétition	<input type="checkbox"/> Insémination avec sperme de donneur <input type="checkbox"/> Fécondation In Vitro <input type="checkbox"/> Préservation de la fécondité <input type="checkbox"/> Chirurgie reproductive <input type="checkbox"/> Autre

Comments / Commentaires: _____

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

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

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

Doctor's signature / Signature du médecin : _____

FacilicorpNB