



**URGENT**    **Age of patient / Âge du patient :** \_\_\_\_\_

**DATE :** \_\_\_\_\_

**Referral to / Demande Adressée à :**     Ottawa

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dr. J. Gale        | <input type="checkbox"/> Dr. J. Haebe    | <input type="checkbox"/> Dr. A. Jackson | <input type="checkbox"/> Dr. D. Kotarba   |
| <input type="checkbox"/> Dr. B. Magee       | <input type="checkbox"/> Dr. D. Shmorgun | <input type="checkbox"/> Dr. T. Vause   | <input type="checkbox"/> Next available physician / Prochain médecin disponible |
| <input type="checkbox"/> French Speaking MD | <input type="checkbox"/> Female MD       |   |   |

<b>PATIENT INFORMATION / DÉTAILS SUR LE OU LA PATIENTE</b>	
<b>Name / Nom:</b>	
<b>DOB (y/m/d) :</b> DDN (a/m/j):	
<b>Address / Adresse :</b>	
<b>Phone No.:</b> Numéro de téléphone :	
<b>Health No.:</b> N° de carte OHIP :	
<b>Other ID / Autre :</b>	
<input type="checkbox"/> OHIP <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Out-of-Province <input type="checkbox"/> Other	

<b>REFERRING PHYSICIAN / MÉDECIN DEMANDEUR</b>	
<b>Name / Nom:</b>	
<b>MOHLTC Billing No.:</b> N° de facturation du MSSLD	
<b>Phone No.:</b> Numéro de téléphone:	
<b>Fax No.:</b> Télécopieur:	
<b>Address / Adresse:</b>	

**Reason for Referral**

**RAISON DE LA DEMANDE**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Male Infertility                               | <input type="checkbox"/> Donor Sperm Insemination           | <input type="checkbox"/> Infertilité masculine  | <input type="checkbox"/> Insémination avec sperme de donneur  |
| <input type="checkbox"/> Female Infertility                             | <input type="checkbox"/> In vitro fertilization             | <input type="checkbox"/> Infertilité féminine   | <input type="checkbox"/> Fécondation in vitro                 |
| <input type="checkbox"/> Ovulation Problems                             | <input type="checkbox"/> Assessment for fertility potential | <input type="checkbox"/> Problèmes d'ovulation  | <input type="checkbox"/> Évaluation du potentiel de fertilité |
| <input type="checkbox"/> Recurrent Pregnancy Loss                       | <input type="checkbox"/> Other                              | <input type="checkbox"/> Fausses couches à répétition                                       | <input type="checkbox"/> Autre                                |
| <input type="checkbox"/> Reproductive Surgery                           |   | <input type="checkbox"/> Chirurgie reproductive   |   |
| <input type="checkbox"/> Fertility Preservation (Egg or Sperm Freezing) |   | <input type="checkbox"/> Préservation de la fécondité (congélation d'ovocytes ou de sperme) |   |

**Semen analysis ordered / Analyse de sperme ordonnée**     Yes / Oui     No / Non

**Comments / Commentaires :**

**Physician Signature:** \_\_\_\_\_

**WHEN TO REFER**

**QUAND ENVOYER UNE DEMANDE**

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Female partner under 35 and trying to conceive for 12 months or more</li> <li>▪ Female partner 35 or older and trying to conceive for 6 months or more</li> <li>▪ Irregular menses, known male factor, known tubal factor or endometriosis, prior fertility treatment</li> <li>▪ Assessment for fertility potential</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Partenaire femme de moins de 35 ans qui essaie de concevoir depuis au moins 12 mois.</li> <li>▪ Partenaire femme de 35 ans ou plus qui essaie de concevoir depuis au moins 6 mois.</li> <li>▪ Menstruations irrégulières, facteur masculin connu, facteur tubaire connu ou endométriose, traitement antérieur d'infertilité</li> <li>▪ Évaluation du potentiel de fertilité</li> </ul> |
|---|---|