



URGENT **Age of patient / Âge du patient :** _____ **DATE :** _____

Referral to / Demande Adressée à : Ottawa

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dr. J. Gale | <input type="checkbox"/> Dr. C. Wu | <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 | | |

PATIENT INFORMATION / DÉTAILS SUR LE OU LA PATIENTE		REFERRING PHYSICIAN / MÉDECIN DEMANDEUR	
Name / Nom:		Name / Nom:	
DOB (y/m/d) : DDN (a/m/j):		MOHLTC Billing No.: N° de facturation du MSSLD	
Address / Adresse :			
Phone No.: Numéro de téléphone :		Phone No.: Numéro de téléphone:	
Health No.: N° de carte OHIP :		Fax No.: Télécopieur:	
Other ID / Autre :		Address / Adresse:	
<input type="checkbox"/> OHIP <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> Out-of-Province <input type="checkbox"/> Other			
Email:			

Reason for Referral

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Male Infertility | <input type="checkbox"/> Fertility Preservation (Egg or Sperm Freezing) |
| <input type="checkbox"/> Female Infertility | <input type="checkbox"/> Donor Sperm Insemination |
| <input type="checkbox"/> Ovulation Problems | <input type="checkbox"/> In vitro fertilization |
| <input type="checkbox"/> Recurrent Pregnancy Loss | <input type="checkbox"/> Other |
| <input type="checkbox"/> Reproductive Surgery | |

RAISON DE LA DEMANDE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infertilité masculine | <input type="checkbox"/> Préservation de la fécondité (congélation d'ovocytes ou de sperme) |
| <input type="checkbox"/> Infertilité féminine | <input type="checkbox"/> Insémination avec sperme de donneur |
| <input type="checkbox"/> Problèmes d'ovulation | <input type="checkbox"/> Fécondation in vitro |
| <input type="checkbox"/> Fausses couches à répétition | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie reproductive | |

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

Comments / Commentaires :

Physician Signature: _____

WHEN TO REFER

- Female partner under 35 and trying to conceive for 12 months or more
- Female partner 35 or older and trying to conceive for 6 months or more
- Irregular menses, known male factor, known tubal factor or endometriosis, prior fertility treatment

QUAND ENVOYER UNE DEMANDE

- Partenaire femme de moins de 35 ans qui essaie de concevoir depuis au moins 12 mois.
- Partenaire femme de 35 ans ou plus qui essaie de concevoir depuis au moins 6 mois.
- Menstruations irrégulières, facteur masculin connu, facteur tubaire connu ou endométriose, traitement antérieur d'infertilité