

<p style="text-align: center;"><i>PATIENT INFORMATION</i></p> <p style="text-align: center;">www.mediregi.ca</p>	<b>Consultation</b> <input type="checkbox"/> Suppl complexité <input type="checkbox"/> Raison:	<b>Visite Chx Gyneco Complic.</b> <input type="checkbox"/> Initiale <input type="checkbox"/> Subséquente <input type="checkbox"/>
	<b>Visite Principale</b> <input type="checkbox"/> Suppl pr en charge. grossesse <input type="checkbox"/>	<b>Insertion DIU</b> <input type="checkbox"/> <b>Exérèse DIU</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Visite Contrôle</b> <input type="checkbox"/>	<b>Biopsie:</b> <input type="checkbox"/> site:
	<b>Visite Prénatale</b> <input type="checkbox"/> Suppl pr en charge. grossesse <input type="checkbox"/>	Autres procédures:
	<b>Évaluation Globale</b> <input type="checkbox"/> Visite subséquente <input type="checkbox"/>	
	<b>V Prénatale Anormale</b>	
Date:	Initiale <input type="checkbox"/>	
MD Traitant:	Subséquente <input type="checkbox"/>	
MD Référant:	<b>Visite Sage Femme</b> <input type="checkbox"/>	
Dx:	# SF:	

<p style="text-align: center;"><i>PATIENT INFORMATION</i></p> <p style="text-align: center;">www.mediregi.ca</p>	<b>Consultation</b> <input type="checkbox"/> Suppl complexité <input type="checkbox"/> Raison:	<b>Visite Chx Gyneco Complic.</b> <input type="checkbox"/> Initiale <input type="checkbox"/> Subséquente <input type="checkbox"/>
	<b>Visite Principale</b> <input type="checkbox"/> Suppl pr en charge. grossesse <input type="checkbox"/>	<b>Insertion DIU</b> <input type="checkbox"/> <b>Exérèse DIU</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Visite Contrôle</b> <input type="checkbox"/>	<b>Biopsie:</b> <input type="checkbox"/> site:
	<b>Visite Prénatale</b> <input type="checkbox"/> Suppl pr en charge. grossesse <input type="checkbox"/>	Autres procédures:
	<b>Évaluation Globale</b> <input type="checkbox"/> Visite subséquente <input type="checkbox"/>	
	<b>V Prénatale Anormale</b>	
Date:	Initiale <input type="checkbox"/>	
MD Traitant:	Subséquente <input type="checkbox"/>	
MD Référant:	<b>Visite Sage Femme</b> <input type="checkbox"/>	
Dx:	# SF:	

<p style="text-align: center;"><i>PATIENT INFORMATION</i></p> <p style="text-align: center;">www.mediregi.ca</p>	<b>Consultation</b> <input type="checkbox"/> Suppl complexité <input type="checkbox"/> Raison:	<b>Visite Chx Gyneco Complic.</b> <input type="checkbox"/> Initiale <input type="checkbox"/> Subséquente <input type="checkbox"/>
	<b>Visite Principale</b> <input type="checkbox"/> Suppl pr en charge. grossesse <input type="checkbox"/>	<b>Insertion DIU</b> <input type="checkbox"/> <b>Exérèse DIU</b> <input type="checkbox"/>
	<b>Visite Contrôle</b> <input type="checkbox"/>	<b>Biopsie:</b> <input type="checkbox"/> site:
	<b>Visite Prénatale</b> <input type="checkbox"/> Suppl pr en charge. grossesse <input type="checkbox"/>	Autres procédures:
	<b>Évaluation Globale</b> <input type="checkbox"/> Visite subséquente <input type="checkbox"/>	
	<b>V Prénatale Anormale</b>	
Date:	Initiale <input type="checkbox"/>	
MD Traitant:	Subséquente <input type="checkbox"/>	
MD Référant:	<b>Visite Sage Femme</b> <input type="checkbox"/>	
Dx:	# SF:	