

**Veillez acheminer votre demande à la clinique de soutien à l'allaitement du CRP La Mèreveille  
par télécopieur au 819-623-7040 ou par courriel au [allaitementcrp@lamereveille.ca](mailto:allaitementcrp@lamereveille.ca)**

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

Date début de prise en charge : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la mère : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'autre parent : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél maison : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Médecin de Famille : \_\_\_\_\_

**GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT**

DPA ou DDN : \_\_\_\_\_ Nb de semaines de grossesse : \_\_\_\_\_

Lieu de l'accouchement : \_\_\_\_\_

Type d'accouchement:  Vaginal  Césarienne  Vaginal après césarienne (AVAC)

Est-ce un premier enfant ? \_\_\_\_\_

Expérience d'allaitement ? \_\_\_\_\_

Quel est/sont la/les problématique(s) d'allaitement ?

Douleur sein/mamelon  Gain de poids lent ou insuffisant  Bébé ne prend pas le sein

Retour à un allaitement exclusif  Allaitement Complexe  Autres : \_\_\_\_\_

**EXPLICATION DE LA/DES PROBLÉMATIQUE(S):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE :**

Médecin /  Infirmière /  Sage-femme /  Nutritionniste /  Autre : titre : \_\_\_\_\_

Nom du demandeur : \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Désirez-vous avoir un résumé du suivi avec l'infirmière Clinicienne NON  OUI  De quel façon :

Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

J'autorise le demandeur de service \_\_\_\_\_ à transmettre les informations relatives au suivi de mon allaitement à l'infirmière clinicienne de la Mèreveille.

J'autorise l'infirmière clinicienne à transmettre un résumé de mon suivi en allaitement pour la période suivante : \_\_\_\_\_ au demandeur de service.

Signature du parent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_



## Formulaire de transmission d'informations et demande de consultation Clinique de soutien à l'allaitement