



Midwifery Services Referral Form

Date (that form is completed):

D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Client Health Record #

Client Surname

Given Name

Date of Birth

Gender

MFRN

PHIN

Address

Alternate Name (if different) _____ Preferred Pronoun _____

Which midwifery clinics would you be able to go to for appointments? (Select all that apply)

- ☐ Access Downtown (755 Portage Avenue) ☐ Access Winnipeg West (280 Booth Drive) ☐ Mount Carmel Clinic (886 Main Street)
☐ Access River East (975 Henderson Highway) ☐ Ode'imini-Women's Health Clinic (603 St. Mary's Road)

Language other than English? ☐ No ☐ Yes Language: _____

Do you require an interpreter? ☐ No ☐ Yes Language: _____

Primary Phone: _____ ☐ Home ☐ Cell Okay to leave a message: ☐ No ☐ Yes

Secondary Phone: _____ ☐ Home ☐ Cell Okay to leave a message: ☐ No ☐ Yes

When was the first day of your last menstrual period?

D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Estimated due date (if known)?

D	D	M	M	M	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---

How many pregnancies have you had, including this one? ☐ Unsure

How many births? ☐ Unsure

Have you ever received midwifery care in Manitoba? ☐ No ☐ Yes ☐ Unknown

If yes, with whom and/or where: _____

Have you received prenatal care for this pregnancy? ☐ No ☐ Yes ☐ Unknown

Have you had a C-Section? ☐ No ☐ Yes If yes, how many? _____

Do you have any significant health conditions (diabetes, high blood pressure) or do you take any medications? ☐ No ☐ Yes

If yes, specify: _____

Do you identify as one of the following groups? ☐ No ☐ Yes ☐ Unknown

- ☐ Indigenous (First Nations, Metis or Inuit) ☐ Person with a Disability ☐ Low-income
- ☐ Person of Colour ☐ Person with Mental Health Concerns ☐ Newcomer
- ☐ 2SLGBTQ+ ☐ Single and/or Socially Isolated ☐ Teen

Where would you prefer to give birth: ☐ Ode'imini-Women's Health Clinic ☐ Home ☐ Hospital ☐ Undecided

Referral Type: ☐ Healthcare Provider ☐ Community Agency Service Provider ☐ Self-Referral ☐ Previous Client

Provider Name: _____ Phone: _____

Agency/Organization: _____ Position/Title: _____

Family Medicine Obstetrical Network is a group of family doctors who provide care during pregnancy, birth, and after birth. They promote natural birth with a family-centered approach and facilitate births at either St. Boniface Hospital or Women's Hospital. For more information, call 204-632-3640.

If you are not accepted into Midwifery Care, do you agree that your information be shared with the Family Medicine Obstetrical Network? ☐ No ☐ Yes

Comments

A referral does not mean acceptance into midwifery care.

Applicants and referring healthcare providers will be contacted by Midwifery Services within 3 weeks of submission.

Instructions for Use: EMR Users: Task completed form in Accuro to Clinic Assistant (Midwifery Services office)

Non-EMR Users: Fax completed form to 204-594-0907

Self-Referral: Applicants should complete one of the following:

- 1) Fax completed form to 204-594-0907
- 2) Call the midwifery intake line at 204-947-2422 ext. 307
- 3) Complete a midwifery interest form online: www.whcbirthcentre.com/findamidwife/

EMR - Electronic Medical Record



Formulaire d'aiguillage vers les Services de sage-femme

Date (de remplissage du formulaire):

J	J	M	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---

N° du dossier médical du client :

Nom de famille du client :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe :

N° de la CSSM :

NIMP :

Adresse :

Nom que vous portez habituellement (si différent) _____ Pronom de préférence : _____

À quelles cliniques de sages-femmes pourriez-vous aller pour des rendez-vous? (Choisissez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- ☐ Centre d'accès Centre-ville (755, avenue Portage) ☐ Centre d'accès de Winnipeg Ouest (280, promenade Booth) ☐ Clinique Mount Carmel (886, rue Main)
☐ Centre d'accès River East (975, chemin Henderson) ☐ Ode'immin-Centre de naissance de la WHC (603, chemin St. Mary's)

Autre que l'anglais, avez-vous des préférences linguistiques? ☐ Non ☐ Oui Langue : _____

Avez-vous besoin d'un interprète? ☐ Non ☐ Oui Langue : _____

N° de téléphone primaire :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Domicile ☐ Portable Peut-on laisser un message? ☐ Non ☐ Oui

N° de téléphone secondaire :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ Domicile ☐ Portable Peut-on laisser un message? ☐ Non ☐ Oui

Le premier jour de vos dernières menstruations?

J	J	M	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Date estimée de l'accouchement (si vous la connaissez):

J	J	M	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Combien de fois avez-vous été enceinte, y compris cette fois-ci? ☐ Pas sûre

Combien de fois avez-vous accouché? ☐ Pas sûre

Avez-vous déjà été suivie par une sage-femme au Manitoba? ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sais pas

Si oui, par qui et où? _____

Avez-vous reçu des soins prénatals cette fois-ci? ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sais pas

Avez-vous déjà eu une césarienne? ☐ Non ☐ Oui Si oui, combien? _____

Avez-vous des problèmes de santé importants (diabète, hypertension artérielle) ou prenez-vous des médicaments? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, veuillez préciser : _____

Vous considérez-vous comme faisant partie d'un des groupes suivants? ☐ Non ☐ Oui ☐ Ne sais pas

- autochtones (amérindiens, métis, inuits) • personnes handicapées • faible revenu
- personnes de couleur • ayant des problèmes de santé mentale • nouveaux arrivants
- 2SLGBTQ+ • célibataires; personnes isolées socialement • adolescents

Où préférez-vous accoucher? ☐ Ode'immin-Centre de naissance de la WHC ☐ Domicile ☐ Hôpital ☐ Pas décidée

Type d'aiguillage : ☐ Prestataire de soins de santé ☐ Prestataire de service d'un organisme communautaire ☐ Auto-aiguillage ☐ Ancien client

Nom du ou de la prestataire : _____ Numéro de téléphone :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agence/Organisme : _____ Poste/Fonction : _____

Le réseau d'obstétrique en médecine familiale est un groupe de médecins de famille qui procure des soins durant la grossesse et l'accouchement, de même qu'après l'accouchement. Ces derniers recommandent l'accouchement naturel dans une démarche axée sur la famille, et favorisent les accouchements à l'Hôpital Saint-Boniface ou à l'Hôpital pour femmes. Pour de plus amples renseignements, composez le 204 632-3640.

Si votre demande n'est pas acceptée dans le programme de sages-femmes, acceptez-vous que l'on transfère vos renseignements au réseau d'obstétrique en médecine familiale? ☐ Non ☐ Oui

Commentaires :

Veuillez noter qu'une demande de consultation ne signifie nécessairement qu'elle sera acceptée pour le suivi par une sage-femme.

Les candidates et leur prestataire de soins de santé qui a formulé la demande de consultation recevront une réponse des Services de sages-femmes au plus tard trois semaines après la demande de consultation.

- Directives :**
- Utilisateurs des DMÉ : Envoyer le formulaire rempli à l'assistante clinique d'Accuro (bureau des Services de sages-femmes).
 - Non-utilisateurs des DMÉ : Télécopier le formulaire rempli au 204 594-0907.
 - Auto aiguillage : Demander le service en appliquant l'une ou l'autre des solutions suivantes :
 - 1) Télécopier le formulaire rempli au 204 594-0907.
 - 2) Composer le numéro de la ligne d'accueil des services de sages-femmes : 204 947-2422, poste 307.
 - 3) Remplir le formulaire en ligne relatif au service de sages-femmes : www.whcbirthcentre.com/findamidwife/

DME - dossier médical électronique