

REQUÊTE À : _____ **Date :** _____

Dr :

Aucune préférence / Veuillez attribuer selon la disponibilité

RENSEIGNEMENTS DU PATIENT : _____ Sexe : H F **N° RAMQ :** _____

Prénom : _____ N° Tél. 1 : _____

Nom : _____ N° Tél. 2 : _____

Adresse : _____ Date de naissance : _____

CLINIQUE :

Première disponibilité

<input type="checkbox"/> 8000 boul. Décarie, bureau 440 Montréal, Québec H4P 2S4 Tél. : 514-340-3937	<input type="checkbox"/> 625 av. du Président-Kennedy, bureau 1503 Montréal, Québec H3A 1K2 Tél. : 514-849-9215	<input type="checkbox"/> Méga Centre des Sources 2415A rte Transcanadienne, Pointe-Claire, Québec H9R 5Z5 Tél. : 514-340-3937
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Télécopieur : 514-340-2729

Courriel : cogestion@oeilsantemd.com

RAISON DE LA CONSULTATION : Veuillez inscrire tous les renseignements pertinents, puis **courrieller** ou télécopier le présent formulaire à la bonne clinique. Nous privilégions les courriels.

Générale Cataracte Rétine Glaucome Cornée Oculoplastie Pédiatrie Scan A
 Sécheresse oculaire Autre

Perte de vision OD OS OU Progressif Soudain Transitoire Constant Rideau
Depuis quand ? ___ Jours ___ Semaines ___ Mois ___ Années Durée? ___ Jours ___ Semaines ___ Mois ___ Années

<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Diplopie	<input type="checkbox"/> Démangeaisons et brûlures
<input type="checkbox"/> Flashes lumineux	<input type="checkbox"/> Photophobie	<input type="checkbox"/> Rougeur
<input type="checkbox"/> Nouveaux corps flottant(s)	<input type="checkbox"/> Larmoiement	<input type="checkbox"/> Paupières gonflées
<input type="checkbox"/> Métamorphopsie / Distorsion	<input type="checkbox"/> Sensation de corps étranger	<input type="checkbox"/> Sécrétions

OD Acuité visuelle 20/	PIO	OS Acuité visuelle 20/	PIO
----------------------------------------	------------	----------------------------------------	------------

Renseignements cliniques : _____

Antécédents chirurgicaux/maladies oculaires : _____	Usage bureau <input type="checkbox"/> Refus
_____	Date de réception : _____
_____	Triage effectué par : _____

Veuillez joindre tout examen pertinent à cette demande de consultation.

MÉDECIN RÉFÉRANT :

Nom (lettres moulées): _____ Prénom (lettres moulées): _____

N° permis : _____ **N° télécopieur :** _____

Signature : _____