

**REQUÊTE À :** **Date :**

Dr :

**Aucune préférence** / Veuillez attribuer selon la disponibilité

**RENSEIGNEMENTS DU PATIENT :** **N° RAMQ :**

Prénom : N° Tél. 1 :

Nom : N° Tél. 2 :

Adresse : Date de naissance :

Sexe :  H  F

**CLINIQUE :**

<input type="checkbox"/> 8000 boul. Décarie, bureau 440 Montréal, Québec H4P 2S4 Tél. : 514-340-3937 Télécopieur : 514-340-2729 cogestiondecarie@oailsantemd.com	<input type="checkbox"/> 625 av. du Président-Kennedy, bureau 1503 Montréal, Québec H3A 1K2 Tél. : 514-849-9215 Télécopieur : 514-849-5115 cogestionpresidentkennedy@oailsantemd.com	<input type="checkbox"/> Méga Centre des Sources 2415A rte Transcanadienne, Pointe-Claire, Québec H9R 5Z5 Tél. : 514-340-3937 Télécopieur : 514-669-6422 cogestionpointeclaire@oailsantemd.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**  **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"/> Flashes lumineux <input type="checkbox"/> Nouveaux corps flottant(s) <input type="checkbox"/> Métamorphopsie / Distorsion	<input type="checkbox"/> Diplopie <input type="checkbox"/> Photophobie <input type="checkbox"/> Larmolement <input type="checkbox"/> Sensation de corps étranger	<input type="checkbox"/> Démangeaisons et brûlures <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Paupières gonflées <input type="checkbox"/> Sécrétions
--	---	--

<b>OD</b>	<b>Acuité visuelle</b> 20/	<b>PIO</b>	<b>OS</b>	<b>Acuité visuelle</b> 20/	<b>PIO</b>
-----------	----------------------------	------------	-----------	----------------------------	------------

Renseignements cliniques :

---



---

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

**Veillez joindre tout examen pertinent à cette demande de consultation.**

**MÉDECIN RÉFÉRANT :**

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

**N° permis :** **N° télécopieur :**

Signature :