

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@oeilsantemd.com	<input type="checkbox"/> 625 av. du Président-Kennedy, bureau 1503 Montréal, Québec H3A 1K2 Tél. : 514-849-9215 Télécopieur : 514-849-5115 cogestionpresidentkennedy@oeilsantemd.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@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** **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
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

Renseignements cliniques :

Antécédents chirurgicaux/maladies oculaires : <hr/> <hr/>	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 :