

### REQUÊTE À :

Date :

Dr :

Aucune préférence de médecin / Veuillez attribuer selon la disponibilité

### RENSEIGNEMENTS DU PATIENT :

Sexe :  H  F

N° RAMQ :

Prénom :

Nom :

N° Tél. 1 :

Adresse :

N° Tél. 2 :

Date de naissance :

**RAISON DE LA CONSULTATION :** Veuillez inscrire tous les renseignements pertinents, puis envoyer par **courriel** ou télécopie.  
Nous privilégions les courriels au **fax@hautevision.com**

- Générale  Cataracte  Rétine  Glaucome  Cornée  Sécheresse oculaire  
 Thérapies avancées contre la sécheresse oculaire (IPL, RF, membrane amniotique, PRP, lentilles sclérales)  
 Oculoplastie/Esthétique (blépharoplasties, lésions des paupières, xanthélasma, injections, rajeunissement)  
 Chirurgie réfractive (extraction de cristallin clair, LASIK/KPR, EVO/verre de contact intraoculaire)  
 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"/> Photophobie                 | <input type="checkbox"/> Rougeur            |
| <input type="checkbox"/> Flashes lumineux            | <input type="checkbox"/> Larmoiement                 | <input type="checkbox"/> Paupières gonflées |
| <input type="checkbox"/> Nouveaux corps flottant(s)  | <input type="checkbox"/> Sensation de corps étranger | <input type="checkbox"/> Sécrétions         |
| <input type="checkbox"/> Métamorphopsie / Distorsion | <input type="checkbox"/> Démangeaisons et brûlures   |                                             |

<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 :

Usage bureau  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 :