

REQUÊTE À :

Date :

☐ Dr :

☐ Aucune préférence de médecin / 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 :

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

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Douleur | ☐ Photophobie | ☐ Rougeur |
| ☐ Flashes lumineux | ☐ Larmolement | ☐ Paupières gonflées |
| ☐ Nouveaux corps flottant(s) | ☐ Sensation de corps étranger | ☐ Sécrétions |
| ☐ Métamorphopsie / Distorsion | ☐ Démangeaisons et brûlures | |

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

Renseignements cliniques :

Antécédents chirurgicaux/maladies oculaires :

Usage bureau

☐ 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 :