




# PRECIVISION

Clinique ophtalmologique

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

 5155 A, Boul. Grande-Allée  
Brossard (QC) J4Z 3G1

 (450) 766-4040

 (514) 221-3031

 info@precivision.ca

## PATIENT RÉFÉRÉ

S'il vous plaît inscrire clairement les informations du patient  
(Nom, prénom, NAM, téléphone et date de naissance)

De préférence, apposer l'étiquette du patient ci-dessous :

## RAISON DE LA RÉFÉRENCE

- ANGLE ÉTROIT
- DÉPISTAGE DE GLAUCOME
- CATARACTE
- RÉTINE
- OCULOPLASTIE
- GÉNÉRAL
- AUTRE

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUE

**Rx actuelle :** OD \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Prisme :   
OS \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ Prisme :

## OPHTALMOLOGISTES

- DR. MOHAMMAD HAMID
- DRE. RENÉE PETRIE
- DR. SALIM KORBAN
- DR. PHILIP ESPER
- DRE. CÉCILE THUONG
- AUCUNE PRÉFÉRENCE

## OPTOMÉTRISTE RÉFÉRENT

Afin d'obtenir un rapport médical, veuillez s'il vous plaît compléter la section suivante :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Tél : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Numéro de pratique : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_