

## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

- Dr. NICOLAS CADET       Dr. MOHAMMAD HAMID  
 Dr. MÉLISSA LOUIS       Dr. MICHEL PODTETENEV       Dr. MARIE-CLAUDE ROBERT

OPHTALMOLOGISTE

### Patient référé

PRÉNOM :	NOM :
TÉLÉPHONE :	DDN :

### Optométriste référant :

PRÉNOM :	NOM :
NUMÉRO DE PRATIQUE :	
TÉLÉPHONE (    )	FAX (    )

### Raison de référence :

- ANGLE ÉTROIT  
 CATARACTE  
 CORNÉE  
 CRISTALLIN CLAIR: (si possible inclure historique de VdeC et réfraction)  
 DÉPISTAGE DE GLAUCOME  
 DMLA  
 GÉNÉRAL  
 OCULOPLASTIE  
 RÉTINE  
 AUTRES

Commentaires : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE DE LA DEMANDE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**TÉLÉCOPIER AU (514) 768-9240**

USAGE INTERNE

Rendez-vous le (jr/mm/aaaa) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ heure : \_\_\_\_\_

Rendez-vous pour le Bilan de santé oculaire : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ heure : \_\_\_\_\_