



LA CLINIQUE DE SANTÉ VISUELLE DE MONTRÉAL

7355 boul. Saint-Michel, suite 200, Montréal QC, H2A 2Z9

Tél. 514-593-6161 **Télécop. : 514-593-3937**

NOM :

PRÉNOM :

DDN :

TÉL. :

RAMQ :

EXP :

ADRESSE :

DEMANDE DE CONSULTATION EN OPHTALMOLOGIE

NOUVEAU PATIENT

SUIVI

DATE : _____

MEDECINS CONSULTANTS

SVP COCHEZ VOTRE CHOIX DE MÉDECIN :

DR. EUGENE NICHOLAS HLADKY

DR. SAMIR ANTAKI

DR. STÉPHANE BERNARD MEERE

DR. NOOR ALOTAIBI

DR. LOUIS-PIERRE GAUVIN-MEUNIER

AUTRE

MOTIF DE CONSULTATION

HYPERTENSION INTRA-OCULAIRE OU GLAUCOME

ÉVALUATION POUR UN ANGLE ÉTROIT (EN VUE D'UNE IRIDOTOMIE LASER YAG)

OPACITÉ CAPSULAIRE (EN VUE D'UNE CAPSULOTOMIE LASER YAG)

CATARACTE : DÉPISTAGE OU TRAITEMENT

DÉGÉNÉRESCENCE MACULAIRE : DÉPISTAGE OU TRAITEMENT

RÉTINOPATHIE DIABÉTIQUE : DÉPISTAGE OU TRAITEMENT

DIABÈTE DE TYPE 1 OU 2

DE NOVO/DEPUIS _____ ANNÉES

HbA1c _____

AUTRE (PRÉCISER) : _____

INFORMATIONS CLINIQUES PERTINENTES

ACUITÉ VISUELLE OD 20/ _____ OS 20/ _____

TENSION INTRA-OCULAIRE OD _____ mmHg OS _____ mmHg

INFORMATIONS OBLIGATOIRES

NOM DU MÉDECIN RÉFÉRANT : _____

ADRESSE : _____

SIGNATURE DU MÉDECIN RÉFÉRANT : _____

NUMÉRO DE PRATIQUE : _____