

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

Date (Année - mois - jour)

Identification du PATIENT

Identification du RÉFÉRANT

Nom	<input type="text"/>	Nom	<input type="text"/>		
Prénom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>		
Date de naissance	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>		
Tél. résidence	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
Tél. travail	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>	Télécopieur	<input type="text"/>
		Courriel	<input type="text"/>		

Consultation demandée à la clinique de

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aniséiconie | <input type="checkbox"/> Générale | <input type="checkbox"/> Santé oculaire / glaucome |
| <input type="checkbox"/> Basse vision | <input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes | <input type="checkbox"/> Sécheresse oculaire |
| <input type="checkbox"/> Électrodiagnostic | <input type="checkbox"/> Optométrie pédiatrique | <input type="checkbox"/> Vision binoculaire |

Patient référé pour

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Diagnostic optométrique |
| <input type="checkbox"/> Traitement |
| <input type="checkbox"/> Suivi |

Motifs de la consultation

Si des lunettes ou LC sont requis, elles seront fournies par

- Référant
 Clinique universitaire de la vision

Examen effectué le

Réfraction Rétinoscopie Réf. élect. MAV Cycloplégie

AV

Add

OD	<input type="text"/>	Vertex	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OS	<input type="text"/>	Vertex	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Autres données

Signature

Permis

Veillez nous faire parvenir ce formulaire
par télécopieur au (514) 343-6038