

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

3744 Jean-Brillant, 1^{er} étage
Montréal, (QC) - H3T 1P1
Téléphone : (514) 343-6082 Télécopieur :
(514) 343-6038
Courriel : references@opto.umontreal.ca

INSTRUCTIONS

Télécharger le formulaire de votre fournisseur
et l'ouvrir sur Acrobat Reader afin que les
fonctions d'envoi par courriel et/ou
télécopieur soient activées

Date (Année - mois - jour)

Identification du PATIENT

Nom

Prénom

Date naissance

Tél. résidence

Tél. travail

Identification du RÉFÉRANT

Nom

Prénom

Adresse

Ville

Téléphone

Courriel

Code postal

Télécopieur

Consultation demandée à la clinique:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urgence | <input type="checkbox"/> Électrodiagnostic | <input type="checkbox"/> Neuro-optométrie |
| <input type="checkbox"/> Anisétropie | <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"/> Contrôle de myopie | <input type="checkbox"/> Optométrie pédiatrique | <input type="checkbox"/> Vision binoculaire |
| <input type="checkbox"/> Dépistage de rétinopathie diabétique | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie cataracte/laser (Dre Téboul) | <input type="checkbox"/> Clientèle à besoins spéciaux
(chaise roulante, problèmes cognitifs, etc.) |

Patient référé pour : Diagnostic optométrique Traitement Suivi

Motifs de la consultation

**Si des lunettes
ou LC sont requises,
elles seront fournies par :**

Référé

Clinique universitaire
de la vision

Examen effectué le

Réfraction Rétinoscopie Réf. électro. MAV Cycloplégie

AV

Add

OD

Vertex

OS

Vertex

Autres données

Signature

Permis

INSTRUCTIONS : Télécharger le formulaire et l'ouvrir sur Acrobat Reader afin que les fonctions d'envoi par courriel et/ou télécopieur soient activées

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

ou Par courriel en téléchargeant le formulaire et l'ouvrir sur Acrobat Reader
à references@opto.umontreal.ca