

S'il vous plaît inscrire clairement les informations du patient et remplir tous les champs demandés.

### PATIENT RÉFÉRÉ

Apposer l'étiquette du patient

DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

S'il vous plaît encercler la ou les conditions se rapportant au patient et compléter les champs requérant de l'information supplémentaire.

- ANGLE ÉTROIT
- CATARACTE
- CORNÉE
- DMLA
- GLAUCOME
- CHIRURGIE MINEURE
- RÉTINE
- GÉNÉRAL
- AUTRE : \_\_\_\_\_

AV: OD \_\_\_\_\_ OS: \_\_\_\_\_

TO: OD \_\_\_\_\_ OS: \_\_\_\_\_

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

### MÉDECIN OU PROFESSIONNEL RÉFÉRANT

POUR UN RAPPORT, S'IL VOUS PLAÎT COMPLÉTER LA SECTION SUIVANTE

NOM ET PRÉNOM : \_\_\_\_\_ # TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE PRATIQUE : \_\_\_\_\_ # FAX : \_\_\_\_\_