



***Urgences Ophtalmiques:** vous DEVEZ parler directement à l'ophtalmologue de garde au (613) 737-7600, poste 0

Nom du Patient: _____

Date de Naissance: (jj/mm/aa): _____

N° de Carte Santé: _____

Numéro de Téléphone à Domicile: (____)-_____

Autre Numéro de Téléphone n° 1: (____)-_____

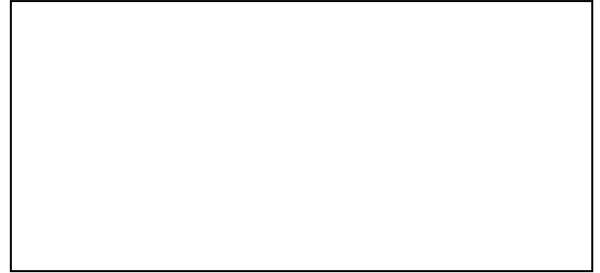
n° 2: (____)-_____

Adresse Postale: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal : _____

Médecin Réquerant: _____

N° de Facturation: _____



Consultations Non-Urgentes

Veillez fournir les détails suivants:

Obstruction du Canal Nasolacrymal +/- conjunctivite récidivante

L'enfant a au moins 12 mois

Les parents font un massage du sac nasolacrymal >3 fois/jour

*Référer au site internet du CHEO pour de plus d'informations sur l'obstruction du canal nasolacrymal

Chalazion Grande dimension, non aigu – pour drainage chirurgical; présent pendant ____ mois

Chalazions multiples chroniques/récidivants avec blépharite

Aucune amélioration avec soins aux paupières & onguent topique antibiotique pendant ____ mois

*Référer au site internet du CHEO pour plus d'informations sur les chalazions

Strabisme Ésotropie (oeil vers l'intérieur) Exotropie (oeil vers l'extérieur) Vertical

Angle léger Angle large

Observé par: Fournisseur de soins seulement Examineur seulement Les deux

Histoire familiale de strabisme

* Patient vu par un autre fournisseur de soins de la santé - veuillez indiquer qui _____

*Nous avons besoin des notes d'examen antérieures avant de prendre un rendez-vous

Autre (veuillez décrire):

Autres renseignements:

Nom

Signature

Date