



**\*Urgences Ophthalmiques:** 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: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

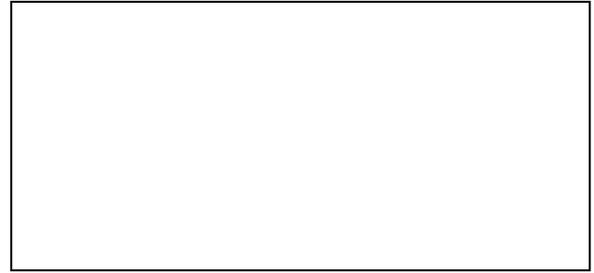
n° 2: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

Adresse Postale: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Optométriste Requérant \_\_\_\_\_

N° de Facturation: \_\_\_\_\_



**Consultations Non-Urgentes**

**Veillez fournir les détails suivants:**

Acuité visuelle courante avec correction complète:      OD \_\_\_\_\_      OS \_\_\_\_\_

Réfraction cycloplégique: OD \_\_\_\_\_      Prescription actuelle : OD \_\_\_\_\_  
 OS \_\_\_\_\_      OS \_\_\_\_\_

**Raison pour la consultation:**

- Amblyopie**       Œil droit       Œil gauche       Les deux yeux  
 L'amblyopie est présente malgré le port des lunettes pendant trois mois.  
 Au besoin, le patient a subi trois cycles de thérapie par occlusion AVANT la référence.

- Strabisme**       Esotropie       Exotropie       Vertical  
 Constant       Intermittent  
 Présent même avec le port des lunettes de correction avec réfraction cycloplégique.

Mesure de la déviation avec réfraction cycloplégique:

Fixation à la distance: \_\_\_\_\_      Fixation de près: \_\_\_\_\_

- Autre** (veuillez décrire)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autres renseignements:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nom

\_\_\_\_\_  
 Signature

\_\_\_\_\_  
 Date