

**Nous avons
votre santé
à l'oeil.**

Montréal
4135 Rue de Rouen
Montréal, QC (H1V 1G5)
FAX 514-256-4966

Longueuil
1375 Boul. Ste-Foy
Longueuil, QC (J4K 1Y1)
FAX 514-256-4966

Vaudreuil-Dorion
17 Boul. de la Cité-des-Jeunes
Vaudreuil-Dorion, QC (J7V 0N3)
FAX 450-319-0370

Laval
1685 Rue Fleetwood, #300
Laval, QC (H7N 4B2)
FAX 514-256-4966

Drummondville
909 Boul. Saint-Joseph
Drummondville, QC (J2C 2C4)
FAX 819-474-4798

Québec
7272 Boul. Wilfrid-Hamel
Québec, QC (G2G 1C1)
FAX 581-890-5767

RÉFÉRENT

PATIENT

Nom	_____	Nom	_____
Adresse	_____	Date de naissance	_____
# de pratique	_____	Téléphone	_____
Fax	_____	Courriel	_____

RAISON DE LA CONSULTATION

Chirurgie réfractive (LASIK, extraction du cristallin)	<input type="radio"/>	Dégénérescence maculaire (DMLA)	<input type="radio"/>	Spécialiste en rétine	<input type="radio"/>	AUTRE(S) (PRÉCISEZ) : _____ _____ _____
Cataracte	<input type="radio"/>	Soins en sécheresse oculaire (y compris LipiFlow et IPL)	<input type="radio"/>	Spécialiste en cornée	<input type="radio"/>	
Glaucome (suivi ou dépistage)	<input type="radio"/>	Consultation en esthétique	<input type="radio"/>	Général	<input type="radio"/>	
Angles irido-cornéens étroits	<input type="radio"/>	Oculoplastie (Québec)	<input type="radio"/>			

RÉFRACTION	Sphère	Cylindre	Axe	AV	PIO	Lunettes	<input type="radio"/>
Oeil droit	_____	_____	_____	_____	_____	Verres de contact	<input type="radio"/>
Oeil gauche	_____	_____	_____	_____	_____	Prisme	<input type="radio"/>

COMMENTAIRES

