

Date (Année - mois - jour)

### Identification du PATIENT

### Identification du RÉFÉRANT

Nom

Nom

Prénom

Prénom

Date de naissance

Adresse

Tél. résidence

Ville

Code postal

Tél. travail

Tél.

Télécopieur

Courriel

### Consultation demandée à la clinique de

- Santé oculaire     Lentilles cornéennes  
 Imagerie médicale     Anisétropie  
 Électrodiagnostic     Basse vision

- Générale  
 Optométrie pédiatrique  
 Sécheresse oculaire  
 Vision binoculaire / orthoptique

### Patient référé pour

- Diagnostic optométrique  
 Traitement  
 Suivi

### Motifs de la consultation

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

- Référant  
 Clinique universitaire de la vision

### Examen effectué le

Réfraction  Rétinoscopie  Réf. élect.  MAV  Cycloplégie

AV

Add

OD  Vertex

 

### Autres données

OS  Vertex

 


Signature

# Permis

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