

## FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

3744 Jean-Brillant, 1<sup>er</sup> étage  
Montréal, (QC) - H3T 1P1  
téléphone : (514) 343-6082  
télécopieur : (514) 343-6038  
courriel : [references@opto.umontreal.ca](mailto:references@opto.umontreal.ca)

### INSTRUCTIONS

Télécharger le formulaire de votre fureteur  
et l'ouvrir sur Acrobat Reader afin que  
les fonctions d'envoi par courriel et/ou  
télécopieur puissent bien fonctionner

Date (Année - mois - jour)

#### Identification du PATIENT

Nom

Prénom

Date naissance

Tél. résidence

Tél. travail

#### Identification du RÉFÉRANT

Nom

Prénom

Adresse

Ville

Téléphone

Courriel

Code postal

Télécopieur

#### Consultation demandée à la clinique de

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Urgence                              | <input type="checkbox"/> Électrodiagnostic                         | <input type="checkbox"/> Neuro-optométrie   |
| <input type="checkbox"/> Anisétropie                          | <input type="checkbox"/> Générale                                  | <input type="checkbox"/> Santé oculaire / glaucome  |
| <input type="checkbox"/> Basse vision                         | <input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes                      | <input type="checkbox"/> Sécheresse oculaire  |
| <input type="checkbox"/> Contrôle de myopie                   | <input type="checkbox"/> Optométrie pédiatrique                    | <input type="checkbox"/> Vision binoculaire   |
| <input type="checkbox"/> Dépistage de rétinopathie diabétique | <input type="checkbox"/> Ophtalmologie cataracte/laser (Dre Tébol) | <input type="checkbox"/> Clientèle à besoins spéciaux<br>(chaise roulante, problèmes cognitifs, etc.) |

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. électro.  MAV  Cycloplégie

AV

Add

OD

Vertex

OS

Vertex

#### Autres données

#### Signature

#### # Permis

INSTRUCTIONS : Télécharger le formulaire et l'ouvrir sur Acrobat Reader afin que les fonctions d'envoi par courriel et/ou télécopieur puissent bien fonctionner

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

ou Par courriel en téléchargeant le formulaire et l'ouvrir sur Acrobat Reader  
à [references@opto.umontreal.ca](mailto:references@opto.umontreal.ca)