



Nous Acceptons des Nouveaux Patients

info@medret.ca
www.medret.ca

DATE:

Délais / Delay

jours-days / semaines-weeks / mois-months

Renseignements du patient / *Patient details*

Surnom: _____
Last name

Prénom: _____
First name

RAMQ: _____

DDN / DOB _____

Tel 1: _____

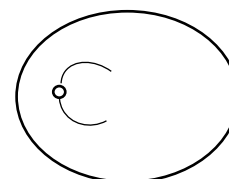
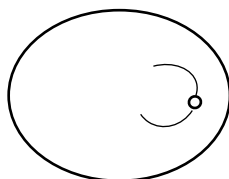
Tel 2: _____

M F

MOTIF DE LA CONSULTATION / *Reason for referral*

- DMLA / AMD
- Maladie diabétique de l'oeil / *Diabetic Eye Disease*
- Occlusions vasculaires / *Vascular occlusions*
- Myopie Pathologique / *Pathologic Myopia*
- Affections *choroïdiennes* / *Choroidal disease*
- Déchirure de la rétine / *Retinal tear*
- Maladies inflammatoires du segment postérieur / *Inflammatory disease of the posterior segment*
- Maladies héréditaires du segment postérieur / *Hereditary disease of the posterior segment*
- Examen périphérique de la rétine – fond de l'oeil / *General Peripheral Retina / Fundus Exam*
- Autre / *Other*

oeil à soigner <i>Eye affected</i>	OD	OS	OU	Diminution depuis: <i>Decrease since</i>	Jours / Semaines / Mois <i>Days / Weeks / Months</i>
OD AVSC 20/ UCVA		PIO IOP		OS AVSC 20/ UCVA	PIO IOP
MR				MR	



Médecin Référent et coordonnées de bureau
Referring Physician & Office coordinates

Surnom: _____
Last Name

Prénom: _____
First Name

Signature: _____
Licence _____