



## RENSEIGNEMENTS SUR LE SPÉCIALISTE COGÉRANT

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( ) \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( ) \_\_\_\_\_

Nom de la clinique qui recommande : \_\_\_\_\_

Méthode de préférence : Téléphone Télécopieur Courriel pour confirmations de recommandation : \_\_\_\_\_

Homme  Femme

## RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Anglais  Français

Prénom et nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_

Téléphone au domicile : ( ) \_\_\_\_\_ Autre : ( ) \_\_\_\_\_ Adresse de courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Province/État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### CLINIQUE DE PRÉFÉRENCE

<b>LASIK MD</b>	Halifax	Moncton	Saguenay	Lebourgneuf	Québec	Sherbrooke	<b>TLC</b>	Halifax	Moncton	<b>Laservue</b>	Town of Mont-Royal
	Brossard	Montréal	Laval	Drummondville	Ottawa	Kingston		Oakville	Toronto		
	Whitby	Oakville	North York	Vaughan	Toronto	Mississauga		Waterloo	London	<b>King LASIK</b>	Edmonton
	Hamilton	Waterloo	London	Winnipeg	Saskatoon	Edmonton		Winnipeg	Calgary SW		
	Calgary	Vancouver	Surrey	Victoria							

### CHIRURGIEN DE PRÉFÉRENCE

Le premier qui est disponible

Nom du chirurgien : \_\_\_\_\_ Le patient ne veut pas qu'on communique avec lui par (s'il y a lieu) : courriel téléphone courrier

## ANTÉCÉDENTS OCULAIRES ET MÉDICAUX

	<b>OD</b>	<b>OS</b>
--	-----------	-----------

AVNC : \_\_\_\_\_ 20/ \_\_\_\_\_ 20/

Manifeste : \_\_\_\_\_ 20/ \_\_\_\_\_ 20/

Cyclo : \_\_\_\_\_ 20/ \_\_\_\_\_ 20/

	<b>OD</b>	<b>OS</b>
--	-----------	-----------

Segment antérieur : Normal Autre : \_\_\_\_\_ Normal Autre : \_\_\_\_\_

Segment postérieur : Normal Rapport cup/disc : \_\_\_\_\_ Normal Rapport cup/disc : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_ Autre : \_\_\_\_\_

Dilatation pupillaire :  
Oui Non Date : \_\_\_\_\_

### NOTES GÉNÉRALES :

Binocularité :

Normale

Autre : \_\_\_\_\_

	<b>OD</b>	<b>OS</b>
PIO		

J'ai discuté de ce qui suit pour : OD OS OU

### CORRECTION DE LA VUE AU LASER

LASIK KPR LASIK 100 % laser

Sx presbytie/monovision \_\_\_\_\_

LASIK post-chirurgie LIO

Retouche

### RÉTICULATION DU COLLAGÈNE CORNÉEN (CXL)

CXL CXL combinée à la KPR guidée par topographie

Veillez fournir toute topographie, réfraction manifeste et kératométrie.

### CHIRURGIE INTRAOCULAIRE

Échange de lentille réfractive (ÉLR)/extraction du cristallin

Chirurgie de la cataracte réfractive

LIO phaqué

Capsulotomie au laser YAG

### CIBLE :

Plano OU Monovision

Cible pour l'OD : \_\_\_\_\_

Cible pour l'OS : \_\_\_\_\_

Porte des verres de contact : Oui Non

Souples RPG/scléaux

### SIGNATURE DU SPÉCIALISTE COGÉRANT

\_\_\_\_\_