



GROUPE IOL
Groupe de santé oculaire des Laurentides

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

Par télécopieur
450.434.9389 (yeux)

*Afin de mieux vous servir, une version en ligne de notre
formulaire est disponible à institutdeloeil.com*

PATIENT

Prénom:		Nom:				DDN (JJ-MM-AA)		
Téléphone:		Adresse:						
Cellulaire:								
Date de la consultation:	MOTIFS	<input type="checkbox"/> Urgence	<input type="checkbox"/> Rétine	<input type="checkbox"/> Sécheresse oculaire				
		<input type="checkbox"/> Glaucome	<input type="checkbox"/> Cornée	<input type="checkbox"/> Général/Capsulo/Autre				
		<input type="checkbox"/> LASIK 100% laser	<input type="checkbox"/> LIO phaqué	<input type="checkbox"/> Oculoplastie				
		<input type="checkbox"/> Cataracte	<input type="checkbox"/> ECC	<input type="checkbox"/> Vitréolyse				
	Sphère	Cylindre	Axe	Addition	Prisme	MAV	PIO	<input type="checkbox"/> Angles ouverts <input type="checkbox"/> Angles étroits
OD								
OS								

Vision binoculaire : Normale Anormale, précisez:

COMMENTAIRES

RÉFÉRENT

Nom:			Bureau:		
# de pratique:	# de téléphone:	# de télécopieur:	Ville:		

**Pour toute urgence STAT, veuillez nous joindre au 450 419.6345 ou 1.888.419.6345.
Composez ensuite l'option 3 pour les professionnels de la santé**