



Nous Acceptons des Nouveaux Patients

[info@medret.ca](mailto:info@medret.ca)  
[www.medret.ca](http://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:

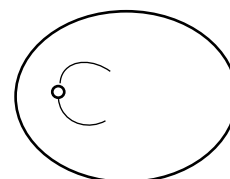
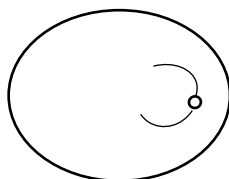
M

F

MOTIF DE LA CONSULTATION / *Reason for referral*

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

Œil 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
MR				MR	



Médecin Référent et coordonnées de bureau  
*Referring Physician & Office coordinates*

Surnom:  
**Last Name**

Prénom:  
**First Name**

Signature:  
Licence