



**\*Urgences Ophtalmiques:** vous DEVEZ parler directement à l'ophtalmologue de garde au (613) 737-7600, poste 0

Nom du Patient: \_\_\_\_\_

Date de Naissance: (jj/mm/aa): \_\_\_\_\_

N° de Carte Santé: \_\_\_\_\_

Numéro de Téléphone à Domicile: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

Autre Numéro de Téléphone n° 1: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

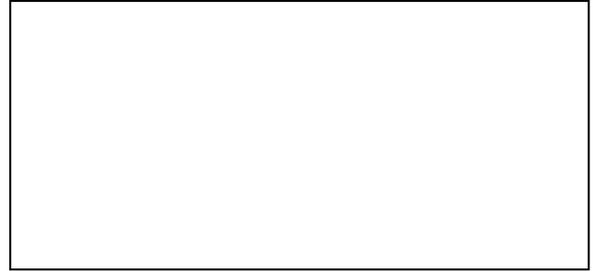
n° 2: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_\_

Adresse Postale: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Médecin Réquerant: \_\_\_\_\_

N° de Facturation: \_\_\_\_\_



**Consultations Non-Urgentes**

**Veillez fournir les détails suivants:**

- Obstruction du Canal Nasolacrymal** +/- conjunctivite récidivante
  - L'enfant a au moins 12 mois
  - Les parents font un massage du sac nasolacrymal >3 fois/jour
 \*Référer au site internet du CHEO pour de plus d'informations sur l'obstruction du canal nasolacrymal
  
- Chalazion**
  - Grande dimension, non aigu – pour drainage chirurgical; présent pendant \_\_\_\_ mois
  - Chalazions multiples chroniques/récidivants avec blépharite
  - Aucune amélioration avec soins aux paupières & onguent topique antibiotique pendant \_\_\_\_ mois
 \*Référer au site internet du CHEO pour plus d'informations sur les chalazions
  
- Strabisme**
  - Ésotropie (oeil vers l'intérieur)     Exotropie (oeil vers l'extérieur)     Vertical
  - Angle léger     Angle large
  - Observé par:     Fournisseur de soins seulement     Examineur seulement     Les deux
  - Histoire familiale de strabisme
  - \* Patient vu par un autre fournisseur de soins de la santé - veuillez indiquer qui \_\_\_\_\_
 \*Nous avons besoin des notes d'examen antérieures avant de prendre un rendez-vous

**Autre** (veuillez décrire):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Autres renseignements:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Nom Signature Date