



**DEMANDE DE CONSULTATION
EN OPHTALMOLOGIE
PAR LES OPHTALMOLOGISTES**

Télécopieur  du CUO 418-682-7814

Spécialité visée

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cornée-segment ant. | <input type="checkbox"/> Orthoptique |
| <input type="checkbox"/> Cataracte | <input type="checkbox"/> Rétine chirurgicale |
| <input type="checkbox"/> Glaucome | <input type="checkbox"/> Rétine médicale |
| <input type="checkbox"/> Neuro-ophtalmologie | <input type="checkbox"/> Strabisme adulte |
| <input type="checkbox"/> Oculoplastie | <input type="checkbox"/> Uvéite |
| <input type="checkbox"/> Oncologie-tumeur | <input type="checkbox"/> Angiographie sans consultation |

Ophtalmologiste traitant : _____

Raison de consultation :

Nom de l'ophtalmologiste référant
(lettres moulées)

Signature

Téléphone

Télécopieur

No permis