



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

**Télécopieur  du CUO 418-682-7534**

**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