



HMR0624

N° Dossier :

Date de naissance :

Sexe :

Nom, Prénom :

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone :

NAM :

Expiration :

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

DEMANDE DE CONSULTATION EN OPHTALMOLOGIE

Veillez compléter le formulaire de demande de consultation à l'écran et le télécopier au 514 252-3905

SECTION RÉFÉRENT

PATIENT :

Nom (lettres moulées) : _____ Prénom : _____

dossier HMR : _____ NAM : _____

Raison d'exemption : _____ Date de naissance : _____

N° téléphone 1 : _____ N° téléphone 2 : _____

RÉFÉRENT:

Nom médecin référent (lettres moulées) : _____ Prénom : _____

N° permis : _____ N° téléphone : _____ N° télécopieur : _____

Nom de la clinique : _____

Adresse : _____

MOTIF DE CONSULTATION :

Renseignements cliniques/symptômes : _____

Depuis quand? : _____

Autres conditions cliniques associées : _____

Antécédents pertinents : _____

Allergies : _____

VEUILLEZ JOINDRE TOUT EXAMEN PERTINENT À CETTE DEMANDE DE CONSULTATION :

Acuité visuelle : _____ OD Tension intra-oculaire : _____ OD

_____ OS _____ OS

Médication actuelle : Aucune Voir profil pharmaceutique joint

Si médication en cours, mais aucun profil joint, veuillez spécifier : _____

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Nom du patient :

N° dossier :

Condition clinique	Niveau prise en charge		Délai
<input type="checkbox"/> Perforation oculaire <input type="checkbox"/> Glaucome aigu <input type="checkbox"/> Perte de vision subite unilatérale < 24 heures <input type="checkbox"/> Ulcère de cornée <input type="checkbox"/> Corps flottant du vitré aigu avec flash <input type="checkbox"/> Perte de vision subite > 24 heures <input type="checkbox"/> Uvéite <input type="checkbox"/> Sidérose résiduelle cornéenne <input type="checkbox"/> Kératite avec œil rouge	A	URGENT immédiat Subaigu - 1 2 à 3 jours	Durant nos heures d'ouverture veuillez téléphoner au 514 252-3878 Choisir l'option 2 afin de communiquer avec une infirmière du triage téléphonique⁴ Entre 8 h et 11 h 30 et 13 h à 16 h Du lundi au vendredi
<input type="checkbox"/> Diplopie <input type="checkbox"/> Conjonctivite ne répondant pas aux traitements habituels <input type="checkbox"/> Zona ophtalmique avec traitement antiviral débuté <input type="checkbox"/> Chalazion surinfecté			
<input type="checkbox"/> Lésion palpébrale d'allure maligne <input type="checkbox"/> Perte progressive de vision sur une période de 4 semaines	C	Semi-urgent 10 à 28 jours	Par FAX : 514 252-3905
<input type="checkbox"/> Cataracte pour évaluation pré-op <input type="checkbox"/> Kératite sèche <input type="checkbox"/> Angle irido-cornéen			
<input type="checkbox"/> Nouveau diabétique stabilisé ou non <input type="checkbox"/> Ptose dégénérative <input type="checkbox"/> Chalazion chronique <input type="checkbox"/> Lésion palpébrale bénigne <input type="checkbox"/> Télédépistage de rétinopathie diabétique	E	Éectif - 2 ≥ 3 mois	Par FAX : 514 252-3905

Particularités :

1. Toute demande de **dépistage** doit se faire auprès d'un **optométriste**.
2. Si le patient a déjà été traité par un ophtalmologiste, celui-ci doit retourner à ce même établissement.
3. Si vous êtes un **ophtalmologiste**, vous pouvez vous adresser au 514 252-3878 et faire le #1 afin de parler à une secrétaire médicale des différentes sur-spécialités (du lundi au vendredi entre 8 h et 16 h)
4. Si vous êtes un **ophtalmologiste** et que vous avez une urgence en rétine à référer, composer le 514 252-3400, poste 4558 en tout temps.

Signature du médecin : _____ Date : _____

SECTION RÉSERVÉE À L'HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

Date de réception : _____

TRIAGE EFFECTUÉ PAR :Dr _____ Date : _____ NC GénéraleRV clinique : SF _____ sem Liste d'att. : B C D E _____ mois RefusDirective(s) médicale(s), spécifiez : Cornée Générale Glaucome Rétine Neuro-opht
 Oculoplastie VC Uvéite Pédiatrie Strabisme UrgenceExamens requis : OCT HRT Angiographie Photo Orthoptique BiométrieChamp visuel : Goldman Humphrey Autres : _____

Date du rendez-vous : _____ Heure : _____ Dr _____

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES