



INSTITUT DE LA RÉTINE
DE MONTRÉAL



CLINIQUE FOCALE

1 Westmount Square, Suite 1750
Westmount, QC H3Z 2P9
T: (514) 285-8838
F: (514) 285-8897
info@montrealretina.com

NOM DE PATIENT:

RAMQ:

TÉL:

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE / REFERRAL FORM

REQUÉRANT / REFERRING DOCTOR:

DR. _____ NO. PRATIQUE: _____

SIGNATURE: _____ DATE: _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT/
ESTABLISHMENT NAME: _____

TÉL: _____ FAX: _____

MOTIFS DE LA DEMANDE / REASON FOR REFERRAL:

URGENT

SEMI-URGENT

NON-URGENT

AV: 20/____ OD

20/____ OS

RÉTINE CATARACTE CORNÉE GLAUCOME GÉNÉRAL AUTRE/OTHER:

VEUILLEZ COCHER LE MEDECIN CONSULTANT / PLEASE INDICATE PHYSICIAN:

J. Galic J. Chen V. Sun N. Vila S. Huang A. Hafez

M. Caron-Cantin Aucune Préférence

STATIONNEMENT DISPONIBLE / PARKING AVAILABLE ON SITE