



CHAMPLAIN SURGICAL Solutions

FAX 1-800-413-7081 TEL 1-800-413-8090
WWW.CHAMPLAINSURGICALSOLUTIONS.CA

PT NAME/ NOM DU PATIENT:
DOB/DDN:
ADDRESS/ADRESSE:
RAMQ:
TEL/ TÉL#:

CATARACT CONSULTATION AND SURGERY REFERRAL FORM - RAMQ PATIENT/ FORMLAIRE D'AIGUILLAGE POUR CONSULTATION ET CHIRURGIE DE LA CATARACTE - PATIENT RAMQ

REFERRING DOCTOR/OPTOMETRIST: _____ NOM DU MÉDECIN/OPTOMÉTRISTE RÉFÉRANT	LICENCE/PERMIS #: _____
REFERRING DOCTOR/OPTOMETRIST'S SIGNATURE: _____ SIGNATURE DU MÉDECIN/OPTOMÉTIST RÉFÉRANT	FAX#: _____ TEL/TÉL#: _____
ADDRESS/ADRESSE: _____	DATE: _____

Patient History/Antécédants du patient:	Date of Examination/ : _____ (MM/DD/YYYY) Date de l'examen (MM/JJ/AAAA)
	Present Correction
	OD: _____ X _____ 20/ OS: _____ X _____ 20/
	IOP: _____ Dominant Eye: _____ PIO L'oeil dominant
	OD _____ OS _____ OD _____ OS _____
	Slit lamp exam: Examen par lampe à fente
OD _____ OS _____	
Fundus exam: Examen du fond d'œil	
OD _____ OS _____	

Patient is aware that they are being referred to a private clinic and will be required to pay for services./ Patient est conscient qu'il a été référé a une clinique privée et qu'il doit payer pour les services.
(Some services are partially covered by RAMQ/ Certains services sont partiellement couverts par le RAMQ)