



CONSULTATION EN OPHTALMOLOGIE ADULTE ET ENFANT

Attention: Consulter les instructions pour les urgences cliniques de priorités A à référer à l'ophtalmologiste de garde, au verso.

CRV

Raison de consultation	Échelle de priorité clinique : A : ≤3 jrs B : ≤10 jrs C : ≤28 jrs D : ≤3 mois E : ≤12 mois	
Résultat de l'acuité visuelle	O. D. (droit) : _____ / _____	O. S. (gauche) : _____ / _____

<input type="checkbox"/> Zona ophtalmique avec œil rouge ou baisse de vision <i>(Prérequis : débiter traitement antiviral et inscrire résultat acuité visuelle en début de formulaire)</i>	<input type="checkbox"/> Avec douleur <input type="checkbox"/> Sans douleur	<input type="checkbox"/> Larmoiement chronique chez l'adulte <i>(Prérequis : inscrire résultat acuité visuelle en début de formulaire)</i>	B
Conjonctivite réfractaire au traitement depuis plus de 2 semaines <i>(Prérequis : inscrire résultat acuité visuelle en début de formulaire)</i>		Lésions palpébrales <input type="checkbox"/> Avec douleur <input type="checkbox"/> Sans douleur	
<input type="checkbox"/> Usager traité pour glaucome chronique <i>(Prérequis : joindre résultat pression oculaire (si disponible) et inscrire résultat acuité visuelle en début de formulaire)</i>		<input type="checkbox"/> Chalazion significatif persistant <i>(Prérequis : traitement médical amorcé depuis 3 mois)</i>	
<input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique documentée <i>(Prérequis : rapport de l'optométriste et inscrire résultat acuité visuelle en début de formulaire)</i>		Strabisme chez l'enfant de 8 mois à 6 ans <input type="checkbox"/> Déviation aiguë et constante <input type="checkbox"/> Déviation intermittente	Pédiatrie
			<input type="checkbox"/> Dacryosténose persistante <i>(Prérequis : enfant âgé > 12 mois)</i> Si plus jeune que 12 mois : aucune indication de référer

Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (Justification OBLIGATOIRE ci-dessous) : _____

Priorité clinique

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires	Si prérequis exigé(s)
	<input type="checkbox"/> Annexé(s) à la présente demande <input type="checkbox"/> Traitement débuté x 3 mois

Besoins spéciaux :

Identification du médecin référent et du point de service		Etampe
Nom du médecin référent	N° de permis	
Ind. Rég. N° de télécopieur N° de poste	Ind. Rég. N° de télécopieur N° de poste	
Nom du point de service		
Signature	Date (année, mois, jour)	

Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille	Référence nominative (si requis)
Nom du médecin de famille	Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier
Nom du point de service	Si déjà connu, nom de l'ophtalmologiste traitant

Pour toutes urgences cliniques de priorités A (≤ 3 jours), communiquer directement avec l'ophtalmologiste de garde

- Œil rouge douloureux aigu : ulcère aigu, uvéite, glaucome aigu
- Corps étranger de la cornée
Prescrire pommade antibiotique QID
- Sidérose
Prescrire pommade antibiotique QID
- Corps flottant du vitré avec flash aigu récent (< 7 jours)
- Trauma oculaire ou orbitaire ou perforation oculaire ou hyphéma
- Perte subite de vision < 24 heures ou amaurose fugace
- Diplopie avec atteinte pupillaire
- Cellulite orbitaire

Il est préférable de diriger les usagers vers l'optométriste pour les conditions suivantes :

Ces services sont assurés par la RAMQ pour les usagers ≤ 18 ans et ≥ 65 ans.

- Yeux secs ou larmolement
- Dépistage glaucome
- Dépistage de rétinopathie diabétique
- Dépistage de dégénérescence maculaire (DMLA)
- Dépistage de cataracte
- Évaluation des troubles de l'acuité visuelle
- Dépistage visuel chez l'enfant

Vous trouverez des ressources alternatives pour les diagnostics non-disponibles, à l'adresse suivante :

www.indexsanté.ca/ophtalmologistes/Laval/

ou

www.amoq.org