



DT9206

## 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.

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

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>		B		<input type="checkbox"/> Larmoiement chronique chez l'adulte <i>(Prérequis : inscrire résultat acuité visuelle en début de formulaire)</i>	E
Conjonctivite réfractaire au traitement depuis plus de 2 semaines <i>(Prérequis : inscrire résultat acuité visuelle en début de formulaire)</i>	<input type="checkbox"/> Avec douleur	C		<input type="checkbox"/> Cataracte documentée et symptomatique <i>(Prérequis : rapport de l'optométriste et inscrire résultat acuité visuelle en début de formulaire)</i>	E
	<input type="checkbox"/> Sans douleur	D			
<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>		D		Lésions palpébrales	<input type="checkbox"/> D'allure maligne <input type="checkbox"/> D'allure bénigne
				<input type="checkbox"/> Chalazion significatif persistant <i>(Prérequis : traitement médical amorcé depuis 3 mois)</i>	E
<input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique documentée <i>(Prérequis : rapport de l'optométriste et inscrire résultat acuité visuelle en début de formulaire)</i>		E		Pédiatrie <input type="checkbox"/> Strabisme chez l'enfant de 8 mois à 6 ans	<input type="checkbox"/> Déviation aiguë et constante
					<input type="checkbox"/> Déviation intermittente
<input type="checkbox"/> Prise de Hydroxychloroquine (Plaquenil) <i>(Prérequis : Date début : Dose : et inscrire résultat acuité visuelle en début de formulaire)</i>		E		<input type="checkbox"/> Dacryosténose persistante <i>(Prérequis : enfant âgé &gt; 12 mois) Si plus jeune que 12 mois : aucune indication de référer</i>	D
<input type="checkbox"/> Autre raison de consultation non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique <i>(justification OBLIGATOIRE dans la section suivante) :</i>					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				Estampe	
Nom du médecin référent			N° de permis		
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	
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 ( $\leq 3$  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  $\leq 18$  ans et  $\geq 65$  ans.**

- Yeux secs ou larmoiement
- 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