

**CONSULTATION EN OPHTALMOLOGIE
ADULTE ET ENFANT**

Établissement :			
Attention : Consulter les instructions pour les urgences cliniques de priorités A à référer à l'ophtalmologiste de garde, au verso.			
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>	C D	<input type="checkbox"/> Avec douleur <input type="checkbox"/> Sans douleur	E
		Lésions palpébrales	<input type="checkbox"/> D'allure maligne <input type="checkbox"/> D'allure bénigne D E
<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	<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	Strabisme chez l'enfant de 8 mois à 6 ans	<input type="checkbox"/> Déviation aigüe et constante <input type="checkbox"/> Déviation intermittente D E
			<input type="checkbox"/> Dacryosténose persistante <i>(Prérequis : enfant âgé > 12 mois Si plus jeune que 12 mois : aucune indication de référer)</i> D
<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"/> 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			Référence nominative (si requis) Si vous désirez une référence à un médecin ou à un point de service en particulier
Signature	Date (année, mois, jour)		
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille			
Nom du médecin de famille			
Nom du point de service			Si déjà connu, nom de l'ophtalmologiste traitant :

Nom :

Site :
Dossier:

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 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