

PROFESSIONNEL RÉFÉRENT

Nom / institution	Profession
Téléphone	E-mail

PATIENT

Nom	Prénom
Date de naissance	Téléphone
Adresse	
NPA / Localité	E-mail

MOTIF DE LA RÉFÉRENCE / DEMANDE

Merci de préciser votre demande ou la question clinique à laquelle vous souhaitez que nous répondions.

EXAMENS ET PRISES EN CHARGE SOUHAITÉS

☐ Examen optométrique complet de la vue	☐ Sécheresse oculaire / analyse du film lacrymal
☐ Évaluation de la santé oculaire	☐ Lentilles de contact
☐ Vision binoculaire / fonctions visuelles	☐ Cornée irrégulière / kératocône
☐ Entraînement visuel (Visual Training)	☐ Contrôle de la myopie
☐ OCT de la cornée	☐ Low Vision / filtres
☐ OCT de la rétine	☐ Deuxième avis optométrique
☐ Topographie cornéenne	☐ Test de la vue pour le permis de conduire cat. 1
☐ Mesure de la pression intraoculaire	☐ Autre: _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Antécédents, diagnostic, traitements, résultats antérieurs ou autres informations utiles.

RETOUR AU PROFESSIONNEL RÉFÉRENT

Merci d'indiquer le mode de retour souhaité:

☐ Rapport détaillé ☐ Bref compte rendu des résultats ☐ Contact téléphonique

Collaboration et continuité du suivi

Avec l'accord du patient, nous transmettons au professionnel référent les résultats et informations utiles. Notre intervention s'inscrit en complément de la prise en charge déjà en place.

TRANSMISSION DU FORMULAIRE

E-mail: lorellaleonard@optom-hin.ch | Courrier: Lorella & Léonard OPTIC Sàrl, Rue de la Gare 21, 2502 Bienne