



Prénom:		Nom de famille:	
Adresse:			
Ville:	Code Postal:	Pays de résidence:	
Date de naissance (AA/MM/JJ) :		Âge:	Genre:
Carte de santé #:		Date d'expiration:	
Maison #:	Entreprise #:	Cellulaire #:	
Adresse courriel:			
Nom de l'employeur:			
Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :			Téléphone:
Médecin de famille:	PH :	FAX:	
Ophtalmologiste:	PH :	FAX:	
Votre médecin/optométriste vous a-t-il envoyé une référence ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Pouvons-nous contacter votre ophtalmologiste ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Date approximative du dernier examen de la vue :			
Êtes-vous ici pour un deuxième avis chirurgical sur une intervention effectuée ailleurs ?			
Pourquoi avez-vous choisi PreciLaser aujourd'hui ?			
Comment avez-vous entendu parler de nous ?			
<input type="checkbox"/> Famille/Ami	<input type="checkbox"/> Optométriste		
<input type="checkbox"/> Instagram	<input type="checkbox"/> Ophtalmologiste		
<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Médecin		
<input type="checkbox"/> Google	<input type="checkbox"/> Dépliants/matériel imprimé		
<input type="checkbox"/> TikTok	<input type="checkbox"/> Autre :		
<input type="checkbox"/> Site Web			

Je comprends et j'accepte ce qui suit :

- **Consultations de correction de la vue au laser et de réfraction :** Cette consultation complète vise à déterminer la candidature à une procédure de correction de la vue personnalisée. Cela ne remplace pas un examen de la vue annuel. Les procédures de correction de la vue au laser et de réfraction ne sont pas assurées par la RAMQ.
- Des frais peuvent s'appliquer pour une copie de mon dossier ou pour le transfert de mes informations à un autre médecin.

Dans le but de rester connecté et de fournir des informations importantes sur la santé et la sécurité, les services que nous proposons, les événements, les actualités, l'entretien des produits et les promotions, nous souhaitons occasionnellement vous envoyer des mises à jour par courrier électronique.

J'accepte de recevoir ces courriels et comprends que je peux me désinscrire à tout moment.

Date : _____

Nom du patient : _____ **Signature du patient :** _____

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DU PATIENT

Antécédents médicaux			
Allergies au médicaments :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Liste :		
Médicaments (lister tous) :			
Pour quelles pathologies prenez-vous des médicaments?			
L'une de ces conditions :	<input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde	<input type="checkbox"/> Diabète :	
	<input type="checkbox"/> Lupus/sclérodémie	<input type="checkbox"/> Contrôlé <input type="checkbox"/> Non contrôlé	
Gouttes/pommades :	Type:	À quelle fréquence:	
Enceinte?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Nous essayons		Allaitement? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Correction de la vue			
Port des lentilles de contact : <input type="checkbox"/> Souples <input type="checkbox"/> Toriques souples <input type="checkbox"/> Rigides			
Date du dernier port des lentilles de contact :			
Des difficultés à le porter pendant de longues périodes ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
<input type="checkbox"/> Je porte des lunettes de lecture			
Antécédents oculaires			
<input type="checkbox"/> Sensibilité à la lumière	<input type="checkbox"/> Dégénérescence maculaire		
<input type="checkbox"/> Kératocône	<input type="checkbox"/> Déchirure/décollement de la rétine		
<input type="checkbox"/> Strabisme ou amblyopie	<input type="checkbox"/> Traitement ou injections au laser rétinien		
<input type="checkbox"/> Glaucome	<input type="checkbox"/> Maladie oculaire Précisez :		
<input type="checkbox"/> Cataractes	<input type="checkbox"/> Chirurgie oculaire : Quand ? Spécifier:		
Antécédents familiaux des yeux			
<input type="checkbox"/> Kératocône <input type="checkbox"/> Chirurgie oculaire Préciser :			
Sécheresse oculaire - Échelle de gravité des symptômes (sans lentilles de contact)			
0=Aucun problème 1=Tolérable 2=Inconfortable 3=Gênant 4=Intolérable			
	Grade		Grade
Sécheresse, grattage		Difficulté à ouvrir les yeux le matin	
Larmoiement		Flou intermittent	
Picotement/Brûlure			
Plans de paiement			
Souhaitez-vous en savoir plus sur les options de plan de paiement ? <input type="checkbox"/> OUI			