Requête en ophtalmologie – urgence oculaire
Contexte de pandémie de COVID-19

Optométriste référant	**Patient**
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	DDN :
Tel :	Tél. :
Courriel :	RAMQ : exp :
No de professionnel :	☐ Homme ☐ Femme ans

Patient référé à
Ophtalmologiste (nom) : Établissement (nom):

Autre :

RAISON DE CONSULTATION
(histoire de cas, antécédents, médicaments, résultats de triage téléphonique ou téléoptométrique, etc.)

☐ voir documents en pj

IMPRESSION :

Date et heure de triage :

Résultat de questionnaire FTOCC en lien avec la COVID-19
(*Fever, Travel, Occupation, Contact, Clustering*)

1. Avez-vous des symptômes grippaux: fièvre, toux, difficultés respiratoires récentes, fatigue qui empêche de fonctionner, mal de gorge	Oui ☐	Non ☐
2. Est-ce qu'un membre de votre famille ou entourage proche souffre d'un de ces symptômes?	Oui ☐	Non ☐
3. Est-ce que vous revenez de voyage à l'étranger dans les 14 derniers jours ?	Oui ☐	Non ☐
4. Êtes-vous un professionnel de la santé ?	Oui ☐	Non ☐
5. Avez-vous été exposé à une personne qui a été confirmée comme porteuse du COVID-19 ou encore, qui est en isolement en raison d'un retour de voyage et de symptômes grippaux ?	Oui ☐	Non ☐

Motif pour lequel patient ne peut pas être vu en cabinet d'optométrie :
☐ Niveau de complexité/ morbidité de la condition trop élevée
☐ Normes de prévention et contrôle d'infection impossibles à respecter
☐ Suivi adéquat impossible
☐ Autre :

Merci d'accepter de voir ce patient et de me faire part de vos démarches.

Signature de l'optométriste (ou nom complet) :

(pour usage interne, optométriste référant)

Moyen de transmission de cette requête (cocher tout ce qui s'applique)

☐ Par courriel, au patient
☐ Par message texte, au patient
☐ En personne, au patient ou à son entourage
☐ Par courriel, à l'ophtalmologiste
☐ Par fax, à l'ophtalmologiste ou établissement
☐ Cas discuté par téléphone avec ophtalmol.
☐ Autres

Date et heure de transmission :