

Médecin référent:

**Dr Jean-Antoine Pournaras**  
Rétine médicale et chirurgicale

Adresser à:

**Dr Jean Vaudaux** Immuno-  
infectiologie oculaire  
info@retinelysee.ch  
Tél. +41 (0)21 613 70 70  
Fax +41 (0)21 613 70 71

**1. Coordonnées du-de la patient-e:**

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Adresse:

Tél. (fixe et portable):

e-mail:

Personne de contact:

**2. Raison de la consultation:**

**3. Acuité visuelle:** OD: de loin                      de près                      OG: de loin                      de près

**4. Examens demandés:**

Angiographie

Ultrasons

OCT

Champ visuel: 30°                      Périphérique

OCT angiographie

Laser: PRP                      Barrage                      Iridotomie                      Capsulotomie

Autres:

**5. Délai:**

Dans les 24 heures (prière de prendre contact par téléphone préalablement)

Dans les 2 à 4 semaines maximum

Autre délai:

**6. Contre-indications à la dilatation:**

Oui:                      OD                      OG                      Non

Remarques:

**7. Conclusion et traitement:**

Prière de consulter le-la patient-e et le-la prendre en charge pour le problème actuel

Prière d'examiner le-la patient-e, d'expliquer les résultats et de le-la réadresser sans le-la traiter

Effectuer seulement l'examen. Un prochain rendez-vous est prévu à ma consultation le:

Autre:

**Pour toute demande, le nom du médecin est un champ obligatoire.**  
**Merci d'avance.**