



## RÉFÉRENCE CLINIQUE SÉCHERESSE OCULAIRE

Docteur référant : \_\_\_\_\_

Patient : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Traitements tentés (Facultatif) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Restasis          | <input type="checkbox"/> Larmes : _____            |
| <input type="checkbox"/> Xiidra            | <input type="checkbox"/> Omega 3                   |
| <input type="checkbox"/> Cequa             | <input type="checkbox"/> Compresses chaudes        |
| <input type="checkbox"/> Cortisone : _____ | <input type="checkbox"/> Hygiène paupières : _____ |
| <input type="checkbox"/> AB oral : _____   |  |

Symptômes restants (Facultatif) :

Signes cliniques (Facultatif) :

**SVP envoyer par courriel au [info@maisonphilemon.com](mailto:info@maisonphilemon.com) ou fax (819) 525-7002**