



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 ou fax (819) 525-7002