OPHTAREGARD
CABINET D'OPHTALMOLOGIE ET CHIRURGIE AMBULATOIRE

OPHTAREGARD SA

DEMANDE D'ADRESSAGE – TRAITEMENT IPL

Document réservé aux médecins ophtalmologues

1. MÉDECIN RÉFÉRENT

Nom et prénom : _____ Cabinet : _____

Téléphone : _____ E-mail sécurisé : _____

2. PATIENT

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Téléphone : _____

3. INDICATION ET PROTOCOLE IPL

Indication : ☐ MGD ☐ Sécheresse évaporative ☐ Blépharite ☐ Rosacée oculaire ☐ Autre : _____

Nombre de séances : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Autre : _____

Intervalle entre séances : ☐ 1 semaine ☐ 2 semaines ☐ 3 semaines ☐ Autre : _____

Zone concernée : ☐ Droite ☐ Gauche ☐ Bilatérale

Informations médicales utiles / précautions : _____

_____

4. PRISE EN CHARGE PAR OPHTAREGARD

Sous réserve de la vérification préalable de l'indication et des précautions nécessaires, OphtaRegard assure les séances IPL selon le protocole convenu, un bilan initial et final (OSDI, NIBUT, ménisque lacrymal, meibographie), ainsi que la transmission sécurisée d'un rapport au médecin référent.

Le patient conserve son suivi auprès de son ophtalmologue référent.

5. VALIDATION

Date : _____ Nom, signature et cachet : _____

Merci d'envoyer ce formulaire par email à secretariat@ophtaregard.ch..

OphtaRegard SA
Av. de Montchoisi 15
1006 Lausanne

secretariat@ophtaregard.ch
www.ophtaregard.ch
021 311.86.86