

FORMULAIRE

Demande de service à la clinique en optométrie

Vision Anabelle Leclerc Inc

4366 Rue Beaubien E, Montréal, QC H1T 1S9

info@visionlb.com

Date de la demande :

Titre et Numéro du Protocole Nagano:	
Médecin/Chercheur responsable du projet:	
Contact principal pour le projet:	
Téléphone :	
Courriel:	

Date du début du projet :	
Date de fin du projet :	
Recrutement total prévu :	

Services demandés par votre projet de recherche :	
Examen oculo-visuel général	
Examen partiel	
Photo segment antérieur (LAF)	
Photo segment postérieur	
OCT Macula	
Acuité visuelle Snellen	
Champ visuel	
Test de vision de couleur	
Gonioscopie	
Examen du fond d'œil (fondoscopie)	
Pression intraoculaire (Goldman)	
Pachymétrie	
<u>Autres, merci de préciser :</u>	

Fréquence des services demandés :

(par ex : à la visite de sélection, visite de baseline, lorsqu'indiqué cliniquement, mensuel, aux 3 mois)

Si document à remplir, cochez «oui» et attacher le document

Oui Non

Autres spécifiez :

Oui Non

S.v.p. annexer votre protocole et/ou tout autre document pertinent avec cette demande (ex : manuel d'ophtalmologie si disponible)

****Prévoir un délai de 10 jours ouvrables pour obtenir une réponse de la clinique.**

S.v.p., veuillez transmettre cette demande avec tout autre document directement à la clinique à l'adresse courriel : info@visionlb.com