DOCUMENT A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN OPHTALMOLOGUE

Monsieur le Docteur MAJZOUB
Madame le Docteur SELLAMI
Centre Régional Basse Vision
37 510 BALLAN MIRE

Fait à …….
le …….

Chers Confrères,

Je vous adresse M……..……..……..…..……

pour une prise en charge au Centre Régional Basse Vision dans le cadre de

……

avec un acuité visuelle à droite à …….. et à gauche à ……

Déficit du champ visuel : …….

□ modéré □ sévère

Bien confraternellement,

Docteur ……..

Cachet du Médecin

JOINDRE IMPÉRATIVEMENT

LE COMPTE RENDU

DE LA DERNIÈRE CONSULTATION