



**RESEARCH DIAGNOSTIC REQUISITION
 DEMANDE POUR UN EXAMEN DIAGNOSTIQUE
 RELIÉ À LA RECHERCHE**

PATIENT INFORMATION CARD – CARTE D'INFORMATION DU PATIENT

FOR APPOINTMENT-POUR RENDEZ-VOUS :		
Fax-Télécopieur : 613-739-6645 Tel.-Tél. : 613-737-8519		
ADDRESS-ADRESSE :		
Eye Institute Clinical Research Program Manager-Gestionnaire du programme de recherche clinique de l'institut de l'œil Critical Care Wing-Aile de soins critiques, 501 Smyth, Ottawa ON K1H 8L6 Room-Pièce W6261, Mailbox-Boîte aux lettres 307		
Appointment-Rendez-vous (yyaa/mm/dj)	Certified Examiner-Examen par	Referring Investigator-Investigateur
Study Coordinator-Coordonnateur de l'étude Name-Nom	Tel.-Tél.	Department-Département
Name of study-Nom de l'étude	Cost centre-Centre de coûts RI RI	
BILATERAL TESTS	<input type="checkbox"/> Fundus Photo	<input type="checkbox"/> SLO/OCT-7
<input type="checkbox"/> Angiography	<input type="checkbox"/> HRT 3	<input type="checkbox"/> Visual Acuity
<input type="checkbox"/> Color vision	<input type="checkbox"/> ICG	<input type="checkbox"/> Visual Evoked Potential (VEP)
<input type="checkbox"/> Corneal Topography	<input type="checkbox"/> OCT	<input type="checkbox"/> Visual Fields
<input type="checkbox"/> Electro-oculogram (EOG)	<input type="checkbox"/> Ophthalmology Assessment	<input type="checkbox"/> Visudyne/ PDT Administration
<input type="checkbox"/> Electroretinography (ERG)		<input type="checkbox"/> Wavefront
<input type="checkbox"/> Electroretinography - Multifocal (ERG-M)		
PER EYE (please specify)		
<input type="checkbox"/> Axial Biometry	OD OS OU	
<input type="checkbox"/> Contact B-Scan	OD OS OU	
<input type="checkbox"/> Juxtaposition Injection	OD OS OU	
<input type="checkbox"/> Specular Microscopy	OD OS OU	
<input type="checkbox"/> Ultrasound Biomicroscopy (UBM)	OD OS OU	
<input type="checkbox"/> Other	OD OS OU	
SPECIAL INSTRUCTIONS-INSTRUCTIONS SPÉCIALES		