

فرم شماره 5: ارجاع ثانویه به چشم پزشکی فوق تخصص / مرکز چشم پزشکی

(این فرم توسط چشم پزشکی پر می شود)

نام و نام خانوادگی:

کد:

تاریخ:

دلیل ارجاع:

- | | | |
|----------------------------------|----|----|
| 1. Diabetic retinopathy | OD | OS |
| 2. Visually significant cataract | | |
| 3. Glaucoma | | |
| 4. Glaucoma suspect | | |
| 5. Lid / orbit lesions | | |
| 6. Strabismus | | |
| 7. Other : (please specify) | | |

ارجاع به :

• مرکز چشم پزشکی

• دکتر

همانگ کننده :

نام و نام خانوادگی چشم پزشکی: