

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 Tél. rés : (_____) _____ Tél. bur. : (_____) _____ Courriel : _____
 Date de naissance : _____ Âge : _____ Date de l'évaluation : _____

PRESCRIPTION	OD	OS
AVsc	VP _____ M à _____ cm VL 6/ _____	VP _____ M à _____ cm VL 6/ _____
	Sphère Cyl. Axe Add MAVC	Sphère Cyl. Axe Add MAVC
Rx Lunettes	_____ 6/ _____	_____ 6/ _____
Rx LC	_____ 6/ _____	_____ 6/ _____
Rf Électro	_____ 6/ _____	_____ 6/ _____
Rf Manifeste	_____ 6/ _____	_____ 6/ _____
Rf Cyclo	_____ 6/ _____	_____ 6/ _____
Kérato	_____ @ _____ x _____ @ _____	_____ @ _____ x _____ @ _____
Pachy (Centrale)	_____ microns _____ mmHg PIO (à _____ h _____)	_____ microns _____ mmHg PIO (à _____ h _____)
Cornée	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> DMBE <input type="checkbox"/> Particularité : <input type="checkbox"/> Cornea guttata	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> DMBE <input type="checkbox"/> Particularité : <input type="checkbox"/> Cornea guttata
Cristallin	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Particularité :	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Particularité :
Rétine	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Particularité :	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Particularité :
COMPLÉMENT		MOTIF DE LA RÉFÉRENCE
Port LC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Arrêt LC : <input type="checkbox"/> Souple Correction : <input type="checkbox"/> 2 yeux VL <input type="checkbox"/> Souple torique <input type="checkbox"/> Monovision <input type="checkbox"/> Semi-rigide <input type="checkbox"/> Multifocales	Chirurgie photoréfractive Type : <input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> Ablation de surface Correction : <input type="checkbox"/> 2 yeux en VL <input type="checkbox"/> Compensation presbytie
Sécheresse oculaire	Symptômes : <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Occasionnel/Modéré <input type="checkbox"/> Fréquent / Sévère TBUT : <input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Moins de 6 sec. Prise de fluo : <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Cornéen (grade) : <input type="checkbox"/> Conjonctival (grade) :	CHIRURGIE INTRAOCULAIRE Chirurgie phacoréfractive : Type de LIO <input type="checkbox"/> LIO monofocale <input type="checkbox"/> LIO multifocale <input type="checkbox"/> Torique (astigmatisme cornéen > 1D) Attentes du patient : <input type="checkbox"/> Souhaite autonomie sans lunettes en VL <input type="checkbox"/> Souhaite autonomie sans lunettes en VP <input type="checkbox"/> Souhaite autonomie sans lunettes en VI <input type="checkbox"/> Accepterait monovision (différence entre les 2 yeux) <input type="checkbox"/> Accepterait compromis (halos, baisse de contraste)
Diam. Pupil. Scot.	<input type="checkbox"/> Petit (3.0 mm et moins) <input type="checkbox"/> Moyen (entre 3.5 mm et 6.0 mm) <input type="checkbox"/> Grand (6.5 mm et plus)	
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Amblyopie <input type="checkbox"/> Strabisme <input type="checkbox"/> Rx Prisme	
Œil dominant	<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS	
<input type="checkbox"/> Le patient communiquera avec la COI <input type="checkbox"/> S.V.P. veuillez communiquer avec le patient à partir de _____ <input type="checkbox"/> S.V.P. veuillez communiquer avec moi avant de contacter le patient <input type="checkbox"/> Le patient est intéressé aux forfaits voyages <input type="checkbox"/> Un rendez-vous a déjà été planifié pour l'évaluation préopératoire _____ <input type="checkbox"/> Un rendez-vous a déjà été planifié pour la chirurgie _____ Signature du patient : _____		Implantation LIO phake

Remarque(s) : Toutes information pertinente qui pourrait influencer l'éligibilité du patient à la chirurgie réfractive.
 Ex : Antécédents de chirurgie oculaires, histoire personnelle ou familiale en santé oculaire, histoire personnelle.

Prochain contrôle : ☐ Je désire que vous communiquiez avec moi concernant ce patient ☐ Urgent

Optométriste : _____ n° membre : 3- _____ Signature : _____

Clinique : _____ Tél. : (_____) _____ Téléc. : (_____) _____

SOLUTIONS PROPOSÉES EN FONCTION DE L'ÂGE

- 18 à 40 ans :** Laser
- 40 à 44 ans :** Laser 2 yeux en VL, Laser Blended Vision Presbyond
- 45 à 55 ans :** Laser 2 yeux en VL, Laser Blended Vision Presbyond,
Chirurgie phacoréfractive : LIO monofocale 2 yeux en VL,
LIO monofocale monovision, LIO multifocale
- 55 ans et plus :** Chirurgie phacoréfractive : LIO monofocale 2 yeux en VL,
LIO monofocale monovision, LIO multifocale

POUR LES PATIENTS ÂGÉS DE 40 ANS ET PLUS :

- Expliquer les effets de la presbytie;
- Discuter des différentes alternatives de correction;
- Expliquer les effets de la presbytie;
- Discuter des différentes alternatives de correction.

AMBLYOPIE ET STRABISME :

- Vision minimale de 6/12 (œil amblyope) exigée pour une chirurgie réfractive de l'œil sain dominant.

CHIRURGIE INTRAOCULAIRE :

- La chirurgie bilatérale des deux yeux en séquence est offerte pour tous les patients. (Conditionnel à l'approbation du chirurgien);
- Certaines lentilles intraoculaires ou puissance peuvent nécessiter une commande spéciale aux délais de livraisons minimales de 48 heures;
- La chirurgie assistée par laser femtosecond Catalys est offerte pour tous les patients. (Conditionnel à l'approbation du chirurgien).

ABRÉVIATIONS

- AVsc :** Acuité visuelle sans correction
- Rx :** Prescription
- LC :** Lentilles cornéennes
- Rf :** Réfraction
- PIO :** Pression intra-oculaire
- Pachy :** Épaisseur minimale au centre de la cornée
- VL :** Vision de loin
- VP :** Vision de près
- VI :** vision intermédiaire
- DMBE :** dystrophie de la membrane basale de l'épithélium
- LIO :** Lentille intraoculaire
- LBV :** Profil d'ablation asphérique, *Laser Blended Vision*, Presbyond de Zeiss pour compensation de la presbytie par monovision

La chirurgie est toujours conditionnelle à l'approbation de l'ophtalmologiste de la Clinique d'Ophtalmologie IRIS.

PATIENTS INTÉRESSÉS À VISITER :

☐ Laval

3030 boul. Le Carrefour, suite 1105, Laval, QC H7T 2P5
 Téléphone : 450.688.6574 ou 1.877.656.4747
 Télécopieur : 450.688.9516 ou 1.877.674.8256

☐ Trois-Rivières - Dr Francis Roy

579 rue Laviolette, Trois-Rivières, QC G9A 1V6
 Téléphone : 819.693.5757 ou 1.800.693.5657
 Télécopieur : 819.373.9482



Autorisation

NOM : _____ PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ DOSSIER # : _____

COMMUNICATION DES INFORMATIONS AU DOSSIER

Suite à l'ouverture de mon dossier à la Clinique d'Ophtalmologie IRIS, j'autorise la clinique à communiquer avec mon professionnel de la vision, ou avec mon médecin si jugé nécessaire, par téléphone, courriel ou télécopieur pour :

1. l'informer qu'une évaluation préopératoire a eu lieu à la Clinique d'Ophtalmologie IRIS, et l'informer de mes résultats (candidat ou non à la chirurgie).
2. lui demander de transmettre une copie de mon dossier médical et/ou de mon dossier optométrique à la Clinique d'Ophtalmologie IRIS.
3. l'informer que j'ai été opéré et qu'il me recevra sous peu pour mes suivis postopératoires.
4. tout autre motif valable en lien avec mon évaluation préopératoire, ma chirurgie ou mes suivis postopératoires qui nécessitent une communication professionnelle.

☐ _____ Cette autorisation est valable pour une période de 2 ans à compter de la date de ma dernière visite à la clinique.
INITIALES

CONSULTATION DE DOSSIER

- J'autorise la clinique et des organismes accrédités (ex : Agrément Canada) à consulter mon dossier à des fins de contrôle de qualité. Ces organismes sont tenus de respecter des normes rigoureuses de confidentialité.
- J'autorise la clinique à consulter mon dossier à des fins de recherche et développement.

☐ _____ Cette autorisation est valable pour une période de 2 ans à compter de la date de ma dernière visite à la clinique.
INITIALES

DILATATION

Extrait des guides de préparation à la chirurgie : « Des gouttes de dilatation seront instillées pour l'évaluation détaillée du fond d'œil. La dilatation des pupilles entraîne une sensibilité accrue à la lumière, un voile au niveau de la vision de loin et une perte temporaire de votre capacité à focaliser les objets en vision de près. L'effet de la dilatation dure généralement de 4 à 6 heures mais varie selon les individus ou la pigmentation de l'iris. Il n'est pas recommandé de conduire votre véhicule avec les pupilles dilatées. Il serait donc préférable de prévoir un accompagnateur pour le retour ainsi que des lunettes de soleil ».

J'ai été avisé que la dilatation pupillaire peut rendre la conduite automobile difficile et non sécuritaire.

☐ _____
INITIALES

PRÉSENCE D'UN STAGIAIRE EN OBSERVATION

La Clinique d'Ophtalmologie IRIS a été désignée **Centre de stage en chirurgie réfractive** par l'École d'optométrie de l'Université de Montréal. Par conséquent, des stagiaires peuvent être présents à la clinique pour effectuer leur stage d'observation. Leurs observations peuvent avoir lieu pendant l'évaluation préopératoire, pendant la chirurgie ou pendant l'évaluation postopératoire. Dans tous les cas, ces stagiaires n'interviendront d'aucune façon auprès des patients puisque leur présence est uniquement dans le but d'effectuer un **stage d'observation**.

☐ J'accepte qu'un stagiaire soit présent pendant la prestation de mes soins. ☐ Je refuse qu'un stagiaire soit présent pendant la prestation de mes soins.

SIGNATURE : _____ DATE : _____