

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"/> Particularité :                | <input type="checkbox"/> DMBE                   | <input type="checkbox"/> Cornea guttata |         | <input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale                       | <input type="checkbox"/> Particularité : | <input type="checkbox"/> DMBE                   | <input type="checkbox"/> Cornea guttata |         |      |                       |
| Cristallin   |  | <input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale   | <input type="checkbox"/> Particularité :                | <input type="checkbox"/> Cataracte              |   |         | <input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale                       | <input type="checkbox"/> Particularité : | <input type="checkbox"/> Cataracte              |   |         |      |                       |
| 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 :             |   |         | Chirurgie photoréfractive   |  |   |   |         |      |                       |
|  |  | <input type="checkbox"/> Souple   | Correction :  | <input type="checkbox"/> 2 yeux VL              |   |         | Type :  | <input type="checkbox"/> LASIK           | <input type="checkbox"/> Ablation de surface    |   |         |      |                       |
|  |  | <input type="checkbox"/> Souple torique   |   | <input type="checkbox"/> Monovision             |   |         | Correction :  | <input type="checkbox"/> 2 yeux en VL    | <input type="checkbox"/> Compensation presbytie |   |         |      |                       |
|  |  | <input type="checkbox"/> Semi-rigide  |   | <input type="checkbox"/> Multifocales           |   |         |   |  |   |   |         |      |                       |
| Sécheresse oculaire  |  | Symptômes :   |   |   |   |         | CHIRURGIE INTRAOCULAIRE   |  |   |   |         |      |                       |
|  |  | <input type="checkbox"/> Absent   | <input type="checkbox"/> Occasionnel/Modéré             | <input type="checkbox"/> Fréquent / Sévère      |   |         | Chirurgie phacoréfractive :   |  |   |   |         |      |                       |
|  |  | TBUT :  |   |   |   |         | Type de LIO   | <input type="checkbox"/> LIO monofocale  | <input type="checkbox"/> LIO multifocale        |   |         |      |                       |
|  |  | <input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale   |   | <input type="checkbox"/> Moins de 6 sec.        |   |         | <input type="checkbox"/> Torique (astigmatisme cornéen > 1D)                  |  |   |   |         |      |                       |
|  |  | Prise de fluo :   |   |   |   |         | Attentes du patient :   |  |   |   |         |      |                       |
|  |  | <input type="checkbox"/> Absent   | <input type="checkbox"/> Cornéen (grade) :              | <input type="checkbox"/> Conjonctival (grade) : |   |         | <input type="checkbox"/> Souhaite autonomie sans lunettes en VL               |  |   |   |         |      |                       |
| 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"/> Souhaite autonomie sans lunettes en VP               |  |   |   |         |      |                       |
| Vision binoculaire   |  | <input type="checkbox"/> Grand (6.5 mm et plus)   |   |   |   |         | <input type="checkbox"/> Souhaite autonomie sans lunettes en VI               |  |   |   |         |      |                       |
| Œil dominant   |  | <input type="checkbox"/> OD   | <input type="checkbox"/> OS                             |   |   |         | <input type="checkbox"/> Accepterait monovision (différence entre les 2 yeux) |  |   |   |         |      |                       |
|  |  | <input type="checkbox"/> Le patient communiquera avec la COI                                      |   |   |   |         | <input type="checkbox"/> Accepterait compromis (halos, baisse de contraste)   |  |   |   |         |      |                       |
|  |  | <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 :   |  |   |   |   |   |         |   |  |   |   |         |      |                       |
| Remarque(s) : Toutes information pertinente qui pourrait influencer l'éligibilité du patient à la chirurgie réfractive.<br>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. : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_