

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 <input type="checkbox"/> 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. : (_____) _____