




Nom du patient		Date de naissance	
Date de suivi		Date de la chirurgie	
Examen postopératoire	1 semaine	1 mois	6 mois
	1 an		
	Autre :		
Type d'intervention	LASIK	PRK	C3R
	IIO	CATARACTE	PHAKE
	Autre :		
Données postopératoires	OD (œil droit)		OS (œil gauche)
AV sans Rx Loin			
AV sans Rx Près (M) ou (J)			
Réfraction manifeste	20/		20/
Confort	Bon	Inconfort	Sécheresse
	Bon	Inconfort	Sécheresse
Médication oculaire actuelle			
Remarques			
 Satisfait		 Moyennement satisfait	
 Insatisfait			
Suivi à venir			
Je prévois revoir mon patient le :			
Prévoir une capsulotomie (après trois mois minimum)			
Je désire que vous communiquiez avec moi concernant ce patient <b>Urgent</b>			
Optométriste		Téléphone	
Signature		Télécopieur	
Commentaires du chirurgien (espace réservé)			

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur au **819 373-9482** ou par courriel à [reception@chirurgivision.com](mailto:reception@chirurgivision.com).