

OPTOMÉTRISTE PARTENAIRE

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

Renseignement sur le patient				
Nom et prénom			Date de naissance	
Courriel			Téléphone	
Adresse			Code postal	
Lunettes ou lentilles de contact actuelles :				
Port LC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Arrêt LC :	Dominance	<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS
	<input type="checkbox"/> Souple <input type="checkbox"/> Souple Torique <input type="checkbox"/> Semi-rigides	Correction : <input type="checkbox"/> 2 yeux VL <input type="checkbox"/> Monovision <input type="checkbox"/> Multifocales	Stabilité pour laser (<0.50/1an)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Diplopie <input type="checkbox"/> Rx Prisme <input type="checkbox"/> Amblyopie	Patient référé pour :	<input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> PRK <input type="checkbox"/> PTK <input type="checkbox"/> LIO PHAKE	<input type="checkbox"/> LIO MONOFOCALE <input type="checkbox"/> CROSS-LINKING (C3R) <input type="checkbox"/> CATARACTE <input type="checkbox"/> LIO MULTIFOCAL
Antécédents oculaires, historique médicale :				
Date du dernier examen :				
Acuité visuelle	OD (œil droit)		OS (œil gauche)	
AV sans Rx Loin	20/		20/	
AV sans Rx Près	J		J	
AV avec Rx Loin	20/		20/	
AV avec Rx Près	J		J	
Données cliniques	OD (œil droit)		OS (œil gauche)	
Segment antérieur	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*	

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur au **819 373-9482** ou par courriel à reception@chirurgivision.com.

Opacité du cristallin	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non
FO dilaté central et périphérique	<input type="checkbox"/> Intact <input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="checkbox"/> Intact <input type="checkbox"/> Anormal*
Évaluation de la sécheresse oculaire : Veuillez remplir le <u>questionnaire d'évaluation de la sécheresse oculaire SPEED II® PREOP OSD</u> et le soumettre avec ce formulaire.		
Sécheresse oculaire	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non ____ /28	<input type="checkbox"/> Oui* <input type="checkbox"/> Non ____ /28
Examen visuel	OD (œil droit)	OS (œil gauche)
Rf Manifeste (indiquer le vertex)	20/	20/
Cyclopiégie	20/	20/
Kératométrie	x @	x @
PIO et Pachy	mmHg (à h)	mmHg (à h)
MAV corrigée		
Pré cataracte (MAV)		
<input type="checkbox"/> Le patient communiquera avec vous <input type="checkbox"/> S.V.P. veuillez communiquer avec le patient pour planifier l'intervention <input type="checkbox"/> S.V.P. veuillez communiquer avec moi avant de contacter le patient		
Nom de l'optométriste	Téléphone bureau	
	Télécopieur	
Adresse	Courriel	
	Date	

Nom du patient : _____

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par télécopieur au **819 373-9482** ou par courriel à **reception@chirurgivision.com**.