

Le présent questionnaire nous aidera à déterminer le traitement qui correspond le mieux à vos besoins. Veuillez garder en tête que ni la chirurgie ni les aides visuels, tels que les lunettes et les verres de contact ne sont en mesure d'offrir une vision parfaite à tous les patients, à toutes les distances et dans toutes les conditions d'éclairage. N'hésitez pas à discuter de vos propres besoins en matière de vision avec le professionnel de la vue.

QUESTIONS	OUI	NON	SI OUI, PRÉCISEZ
Avez-vous déjà subi une chirurgie aux yeux?			
Détenez-vous une licence de pilote ou de camionneur?			
Conduisez-vous l'automobile le soir?			
Est-ce que vous avez une condition A (port de lunettes obligatoire) sur votre permis de conduire?			
Portez-vous des verres de contact? Si oui, précisez entre souples, toriques ou rigides/permanents.			
Mettez-vous des gouttes dans vos yeux? Si oui laquelle/lesquelles?			
Si vous avez des cataractes, est-ce important de réduire la dépendance aux lunettes après la chirurgie?			
Avez-vous des allergies? Si oui, lesquelles? Et décrire vos réactions.			
Êtes-vous une personne à mobilité réduite (fauteuil roulant, marchette ou canne)?			
Vivez-vous seul à la maison?			
Êtes-vous enceinte ou en période d'allaitement?			

ACTIVITÉS	HEURES/JOUR	ACTIVITÉS	HEURES/JOUR
Ordinateur (écran de bureau) – 80 cm		Conduite automobile (jour)	
Tablette et cellulaire – 40 cm		Conduite automobile (soir)	
Lecture – 33 cm		Travaux manuels de près tels que mécanique, tricot, etc.	

Notez les symptômes selon le degré : 0 absent / 1 léger / 2 modéré / 3 marqué / 4 sévère

SYMPTÔMES	AVEC LUNETTES	AVEC VERRES DE CONTACT	SANS CORRECTION
Halos ou étoiles	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Sécheresse oculaire	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Larmoiement	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Maux de tête	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Difficulté à conduire le soir	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Vision double	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Brûlement ou irritation	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
Sensibilité à la lumière ou éblouissement	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

Nom du patient : _____

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE

À votre connaissance, avez-vous un ou plusieurs des problèmes mentionnés :

	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Diabète			Vagal			Oeil paresseux		
VIH			Hépatite			Maladie des yeux		
Appareil auditif			Herpès oculaire			Claustrophobie		
Porteur SARM/ERV			Troubles respiratoires			Corps flottants		
Résistance aux antibiotiques			Médication pour la prostate (ex. Flomax)					

Qui est votre optométriste traitant? _____

Quel est le nom et numéro de téléphone de votre pharmacie? _____

Est-ce que vous nous autorisez à communiquer avec vous par courriel pour la confirmation d'un rendez-vous?

Si oui, notez votre adresse courriel: _____

1. Après votre chirurgie, à quel point sera-t-il important pour vous de voir clairement de loin sans lunettes? Par exemple : conduire, voir un film au cinéma, regarder la télévision ou pratiquer certains sports comme le golf, le tennis ou le ski?

Après ma chirurgie, il sera très important pour moi de voir clairement de loin sans lunettes.

Ce n'est pas important pour moi. Porter des lunettes pour exercer des activités qui sollicitent ma vision de loin ne me dérange pas.

2. Après votre chirurgie, à quel point sera-t-il important pour vous de voir clairement de près sans lunettes? Par exemple : lire le journal, un magazine, un menu, ou faire du tricot?

Après ma chirurgie, il sera très important pour moi de voir clairement de près sans lunettes.

Ce n'est pas important pour moi. Porter des lunettes pour exercer des activités qui sollicitent ma vision de près ne me dérange pas.

3. Après votre chirurgie, si vous deviez porter des lunettes pour l'une de ces activités, laquelle choisiriez-vous?

Lire de petits caractères

Utiliser un ordinateur ou cuisiner

Conduire une voiture

4. Si vous pouviez profiter d'une bonne vision de loin de jour sans lunettes (p.ex. : pour conduire), et d'une bonne vision de près sans lunettes dans la plupart des situations, seriez-vous prêt à tolérer certains halos et éblouissements autour des sources lumineuses le soir et la nuit?

Oui

Non

Selon les options ci-dessous, comment décririez-vous votre personnalité?

Conciliante/accommodante

Flexible/s'adapte facilement

Minutieuse/perfectionniste

Nom du patient : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : / /

Signature : _____ Date (jj/mm/aaaa) : / /