



Référé(e) par: _____

Tél.: _____

Nom du patient(e): _____

Date de naissance: _____ **Tél.:** _____

Date de l'examen: _____

Rendez-vous pris le: _____

Veuillez contacter le patient Le patient vous contactera

RAISON DE LA CONSULTATION

Évaluation ophtalmique Chirurgie réfractive Cataracte LenSx Oculoplastie Glaucome Urgence

SIGNES ET SYMPTÔMES:

1) Chirurgie Réfractive:

- Myopie
- Hypermétropie
- Astigmatisme
- Presbytie
- Autre: _____

2) Oculoplastie:

- Chalazion Ptose
- Larmolement Yeux secs
- Blépharochalasis Rides
- Deuxième opinion
- Autre: _____

3) Glaucome:

- Tension oculaire élevée
- Excavation papillaire suspecte
- Altération du champs visuel
- Deuxième opinion
- Autre: _____

EXAMEN:	OD	OS
Paupières:	_____	_____
Cornée:	_____	_____
Cristallin:	_____	_____
F.O.: Papille:	_____	_____
Macula:	_____	_____

	AV sc	J	Analyse des lunettes	Add.	AV cv	J	Réfraction subjective	Add.	AV	J
OD										
OS										
OU							T.O. (A) : OD _____ mmHg / OS _____ mmHg			

COMMENTAIRES: _____
