

NOM  
NAME

NO

ADRESSE  
ADDRESSNo. ASS. MED.  
No. ASS SOC.

AGE

TEL M/H  
PHONE T/O

DATE

DATE DE NAISSANCE  
DATE OF BIRTH

OCCUPATION

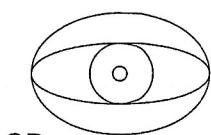
REF. PAR  
REF'D BY**HISTORIQUE DE CAS  
CASE HISTORY**

CC: \_\_\_\_\_ Dev: \_\_\_\_\_ Drx: \_\_\_\_\_ Port: \_\_\_\_\_ VL: \_\_\_\_\_ VP: \_\_\_\_\_ Vi: \_\_\_\_\_

SGP      NON      OUI  
 DIAB.:          
 HTA:           
 THYR:          
 ALLGY:         
 MEDS:          
 HDX:          
 FLOATER/FLASH:    

Diplopie: \_\_\_\_\_ Mdt: \_\_\_\_\_ Ast: \_\_\_\_\_ Corps flottants: \_\_\_\_\_ Depuis: \_\_\_\_\_ Éclairs  
Lumière: \_\_\_\_\_ Photophobie: \_\_\_\_\_S.G.P: \_\_\_\_\_ Med: \_\_\_\_\_ All: \_\_\_\_\_ SOP: \_\_\_\_\_ SGF: \_\_\_\_\_ SOF: \_\_\_\_\_  
LC: \_\_\_\_\_ Port: \_\_\_\_\_ H/J: \_\_\_\_\_ J/Sem: \_\_\_\_\_ VL: \_\_\_\_\_ VP: \_\_\_\_\_ Remp: \_\_\_\_\_AUTO: OUI  NON 

<b>ANCIEN RX.</b>	<b>RX</b>	<b>SPH.</b>	<b>CYL.</b>	<b>AXIS</b>	<b>ADD</b>	<b>PRISME</b>	<b>VISION</b>	<b>PD</b>	<b>Vision binoculaire</b>						
	<b>O.D.</b>								<b>TESTS</b>	<b>VL</b>	<b>VP</b>				
	<b>O.S.</b>								T.E.:						
<b>DESCRIPTION R.X.</b>									Phorie						
<b>Acuité visuelle</b> Échelle d'optotype:									Réserves						
<b>A.V.</b>	Sans correction			Avec correction			Trou sténopéique		Randot	/8	/3	/10			
	<input type="checkbox"/>	Lunettes	<input type="checkbox"/>	LC				Filtre rouge	FR	PW	FR	PW			
<b>VL</b>	<b>VP</b>	<b>VL</b>	<b>VP</b>	<b>VL</b>			<b>Mouvements oculaires</b>								
<b>O.D.</b>							<input type="checkbox"/>	Souples	<input type="checkbox"/>	Complets	Oeil dominant				
<b>O.S.</b>															
<b>RÉTINOSCOPIE SUBJECTIF</b>	<b>O.D.</b>								<b>Réflexes pupillaires</b>						
	<b>O.S.</b>								OD :	mm	MG	+			
									OS :	mm	MG	+			
<b>NOUVEAU RX.</b>	<b>SPH.</b>	<b>CYL.</b>	<b>AXIS</b>	<b>ADD</b>	<b>PRISME</b>	<b>A.V.</b>	<b>P.D.</b>	<b>Amplitude accom.</b>			<b>PRC</b>				
	<b>O.D.</b>							<b>OD</b>							
	<b>O.S.</b>							<b>OS</b>							
	<b>O.D.</b>							DONDERS				ACCCX VP :			
	<b>O.S.</b>											20/21	ARN	ARP	
<b>TESTS COMPLÉMENTAIRES:</b>															
<b>Kératométrie</b> O.D. _____ X _____ @ O.S. _____ X _____ @															
ÉTAT DES MIRES <input type="checkbox"/> Floues <input type="checkbox"/> Déformées <input type="checkbox"/> Normaux															
<b>Recommandations</b> <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Solaire															
<b>MATÉRIAUX</b> <input type="checkbox"/> Plastique <input type="checkbox"/> Trivex Haut indice <input type="checkbox"/> 1.6 <input type="checkbox"/> 1.67 <input type="checkbox"/> 1.74															
<b>TYPE DE VERRE</b> <input type="checkbox"/> Simple Vision <input type="checkbox"/> Double foyer <input type="checkbox"/> Progressif HD <input type="checkbox"/> Progressif HD personnalisé <input type="checkbox"/> Vision intermédiaire - ordinateur															
<b>TRAITEMENTS</b> <input type="checkbox"/> Sans reflets, résistant aux rayures <input type="checkbox"/> Polarisé <input type="checkbox"/> Ultraviolet <input type="checkbox"/> Teinte <input type="checkbox"/> Transition															

**SANTÉ OCULAIRE****Segment antérieur**

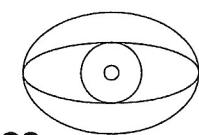
OD

Paupières

Conjonctive palpébrale

Conjonctive bulbaire

Cornée



OS

Angle irido-cornéen



Chambre antérieure

Iris

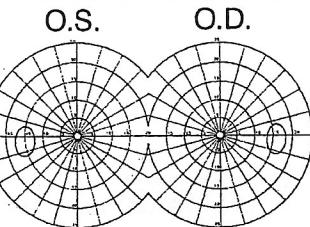
Cristallin

BUT: \_\_\_\_\_



Angle irido-cornéen

BUT: \_\_\_\_\_

**Champ visuel central**

O.S.

O.D.

Conditions

DIAM :

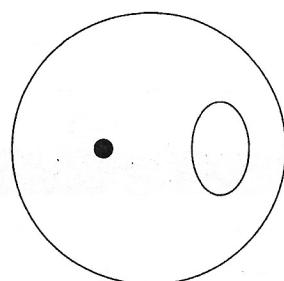
DIST:

C/S Rx

Autres

**Segment postérieur (pole postérieur)**

- Ophtalmoscopie.  Biomicroscopie du fond d'oeil.  Lentille à 3 miroirs



OD

Milieux

Papilles (bord. couleur)

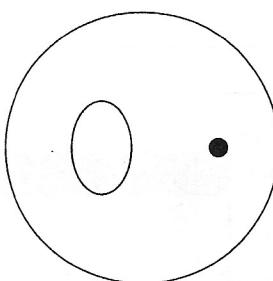
Ratio E/P (H/V)

Profondeur

PVS

Rapport A/V -RAL

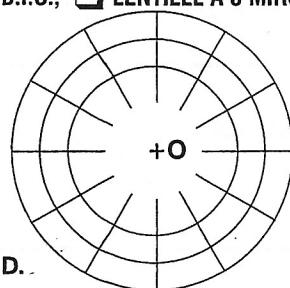
Aire maculaire (apparence-RF)



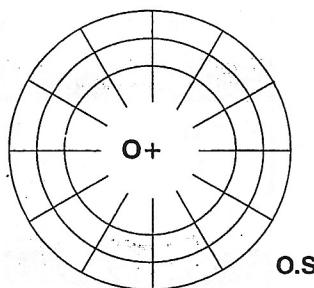
OS

**Segment postérieur (périphérie)**

- B.I.O.,  LENTILLE À 3 MIROIRS



O.D.



O.S.

DÉCHIRURE

OUI NON OUI NON OUI NON 

TROU

OUI NON OUI NON 

DÉCOLLEMENT

OUI NON OUI NON **Visions des couleurs**

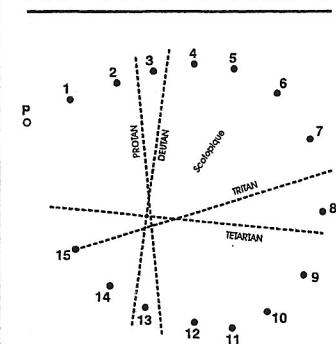
ISHIHARA /16

BON

DÉFECTUEUX

D15

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15



	DATE	9010	
9001		9011	
9002		9012	
9003		9019	
9004		9020	
9005		9021	
9006		9022	
9007		9024	
9008		9030	
9009		C.S.	

O.D.

O.S.

O.D.

O.S.

Myopie  Glaucome  Hypermétropie  HTO  Astigmatisme  Strabisme  Presbytie  Amblyopie  Pseudophaqie  DMLA  Cataracte  Réthiopathie  **COMMENTAIRES / TRAITEMENTS / RÉFÉRENCES / NOTES****Plan de traitement**

Revoir dans : 6 mois  1 an  autre : \_\_\_\_\_  
 Averti du changement et/ou période d'adaptation :