

TEST N° _____ date ____ / ____ / ____ temps de port : _____ heure(s) suivre la procédure de traçabilité (cahier)

N° Lot :		LENTILLES				N° Lot :						
Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add	Produits de pose:	Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add
			()							()		
						← Sensation patient →						

TNIBUT	Points:			LSH : Trame < 1 µm	LRPG : Bulles Mucus < 0,5 µm	Points:	
	Flamme :			Vague - 2,5 µm	Absence < 2,5 µm	Flamme :	
	Cillement :			Amorphe > 2,5 µm	Trame > 5,5 µm	Cillement :	
LSH Trame <input type="checkbox"/>	LSH Vagu <input type="checkbox"/>	LSH Amorp <input type="checkbox"/>	LRPG mucus <input type="checkbox"/>	LRPG Absente <input type="checkbox"/>	LRPG Trame <input type="checkbox"/>	Aspect Pré film lentille	
Commentaires :				Commentaires :			

<p>1. Positionnement</p> <p>2. LSH Tor. spécifier</p> <p>Axe d'équilibre _____°</p> <p>Bon <input type="radio"/></p> <p>Faible <input type="radio"/></p> <p>Insuffisant <input type="radio"/></p> <p>TM <input type="radio"/> _____ mm</p>	<p>CENTRAGES</p> <p>MOUVEMENTS indications LSH</p> <p>B = acceptable 0,5 mm 1mm</p> <p>F = Faible < 0,5mm mais bouge au doigt</p> <p>MI = Mauvais Insuffisant : < 0,5 mm ne bouge même pas au doigt</p> <p>TM = Trop Mobile : > 2mm spécifier : « x » mm ?</p>	<p>1. Positionnement</p> <p>2. LSH Tor. spécifier</p> <p>Axe d'équilibre _____°</p> <p>Bon <input type="radio"/></p> <p>Faible <input type="radio"/></p> <p>Insuffisant <input type="radio"/></p> <p>TM <input type="radio"/> _____ mm</p>
--	---	--

<p>OBSERVATIONS & FLUOROSCOPIE</p> <p>Tendance donnée par les observations OD :</p> <p>Alignée () Serrée () Plate ()</p>	<p>Tendance donnée par les observations OG :</p> <p>Alignée () Serrée () Plate ()</p>
--	--

<p>Surréfraction Subjective</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sphère</td> <td>Cyl.</td> <td>Axe</td> </tr> <tr> <td>()</td> <td>()</td> <td>()</td> </tr> </table>	Sphère	Cyl.	Axe	()	()	()	<p>VP →</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OD</td> <td>OG</td> <td>BINO</td> </tr> <tr> <td>/10</td> <td>/10</td> <td>/10</td> </tr> <tr> <td>/10</td> <td>/10</td> <td>/10</td> </tr> </table> <p>Acuité Contraste 90%</p> <p>Acuité Contraste 10%</p>	OD	OG	BINO	/10	/10	/10	/10	/10	/10
Sphère	Cyl.	Axe														
()	()	()														
OD	OG	BINO														
/10	/10	/10														
/10	/10	/10														
<p>Œil Dominant VL « D » OD : <input type="radio"/> OG : <input type="radio"/> Confirmation du choix de l'œil mis en dominance</p> <p>Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/> Rap. : Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/> Stéréo périphérique</p> <p>Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/> Rap. : Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/> Stéréo (fine)</p> <p>ORTHO <input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> EXO <input type="checkbox"/> Hyper <input type="checkbox"/> Hétérophories</p>	<p>VP « N » OD : <input type="radio"/> OG : <input type="radio"/></p> <p>Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/> Rap. : Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/> Stéréo périphérique</p> <p>Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/> Rap. : Oui : <input type="radio"/> Non : <input type="radio"/> Stéréo (fine)</p> <p>ORTHO <input type="checkbox"/> ESO <input type="checkbox"/> EXO <input type="checkbox"/> Hyper <input type="checkbox"/> Hétérophories</p>															

<p>_____ X _____ => (-)</p> <p>Km : Toricité : Exc :</p> <p>Mires nettes : <input type="radio"/> Autres : <input type="radio"/> Warepage : _____</p>	<p>KERATOMETRIE au retrait</p> <p>Spécifier l'excentricité à 25° :</p> <p>Sur les 1/2 méridiens des schémas</p> <p>En valeurs ou par symbol (+) si > 0,50</p> <p>(-) si < 0,45</p>	<p>_____ X _____ => (-)</p> <p>Km : Toricité : Exc :</p> <p>Mires nettes : <input type="radio"/> Autres : <input type="radio"/> Warepage : _____</p>
--	---	--

<p>OBSERVATIONS Spécifier : Les Zones dans les cases de grades et l'Echelle utilisée : CCLRU <input type="radio"/> ; N. EFRON <input type="radio"/> ; Autre : _____</p>	<p>BORDS LIBRES 0 1 2 3 4</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Autres :</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>CONJ. PALPEBR.</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Hyperémie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rugosité</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Papilles / Follicules</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres :</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>CONJ. BULBAIRES</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Hyperémie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pinguécula / Kystes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Piqueté</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres :</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>CONJ. LIMBIQUE</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Hyperémie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Piqueté</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres :</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>CORNEE</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Néovascularistaion</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Staining KPS</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres 1 :</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Autres 2 :</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Autres :					Hyperémie					Rugosité					Papilles / Follicules					Autres :					Hyperémie					Pinguécula / Kystes					Piqueté					Autres :					Hyperémie					Piqueté					Autres :					Néovascularistaion					Staining KPS					Autres 1 :					Autres 2 :					<p>Prévision/Conclusion LC : d'Essais <input type="radio"/> définitives <input type="radio"/></p>
Autres :																																																																																		
Hyperémie																																																																																		
Rugosité																																																																																		
Papilles / Follicules																																																																																		
Autres :																																																																																		
Hyperémie																																																																																		
Pinguécula / Kystes																																																																																		
Piqueté																																																																																		
Autres :																																																																																		
Hyperémie																																																																																		
Piqueté																																																																																		
Autres :																																																																																		
Néovascularistaion																																																																																		
Staining KPS																																																																																		
Autres 1 :																																																																																		
Autres 2 :																																																																																		

Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add	Produits d'entretien:	Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add
			()							()		
						PO <input type="radio"/> PJ <input type="radio"/> PF <input type="radio"/> PP <input type="radio"/>	Autres remarques :					

TEST N° _____ date ____ / ____ / ____ temps de port : _____ heure(s) suivre la procédure de traçabilité (cahier)

N° Lot :					LENTILLES					N° Lot :				
Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add	Produits de	Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add		
pose:														
← Sensation patient →														

TNIBUT	Points:			LSH : Trame < 1 µm	LRPG : Bulles Mucus < 0,5 µm		Points:	
	Flamme :			Vague ~ 2,5 µm	Absence < 2,5 µm		Flamme :	
	Cillement :			Amorphe > 2,5 µm	Trame > 5,5 µm		Cillement :	
LSH Trame <input type="checkbox"/>		LSH Vagu <input type="checkbox"/>	LSH Amorp <input type="checkbox"/>	LRPG mucus <input type="checkbox"/>	LRPG Absente <input type="checkbox"/>	LRPG Trame <input type="checkbox"/>	Aspect Pré film lentille	
LSH Trame <input type="checkbox"/>		LSH Vagu <input type="checkbox"/>	LSH Amorp <input type="checkbox"/>	LRPG mucus <input type="checkbox"/>	LRPG Absente <input type="checkbox"/>	LRPG Trame <input type="checkbox"/>	Commentaires :	

1. Positionnement
2. LSH Tor. spécifier
Axe d'équilibre _____°

Bon
Faible
Insuffisant
TM _____ mm

CENTRAGES

1. Positionnement
2. LSH Tor. spécifier
Axe d'équilibre _____°

Bon
Faible
Insuffisant
TM _____ mm

MOUVEMENTS indications LSH

B = acceptable 0,5 mm 1mm
F = Faible < 0,5mm mais bouge au doigt
MI = Mauvais Insuffisant : < 0,5 mm ne bouge même pas au doigt
TM = Trop Mobile : > 2 mm spécifier : « x » mm ?

OBSERVATIONS & FLUOROSCOPIE

Tendance donnée par les observations OD :
Alignée () Serrée () Plate ()

Tendance donnée par les observations OG :
Alignée () Serrée () Plate ()

Surréfraction

Sphère	Cyl.	Axe	Sphère	Cyl.	Axe
()	()	()	()	()	()

OD	OG	BINO	← VL	Acuité Contraste 90%	VP →	OD	OG	BINO	Acuité Contraste 10%
/10	/10	/10				P /10	P /10	P /10	
/10	/10	/10				P /10	P /10	P /10	

Œil Dominant VL « D » OD : OG : Confirmation du choix de l'œil mis en dominance VP « N » OD : OG :

Oui : Non : Rap. : Oui : Non : Stéréo périphérique Oui : Non : Rap. : Oui : Non :

Oui : Non : Rap. : Oui : Non : Stéréo (fine) Oui : Non : Rap. : Oui : Non :

ORTHO ESO EXO Hyper Hétérophories ORTHO ESO EXO Hyper

KERATOMETRIE au retrait

_____ X _____ => (-)

Km : Toricité : Exc :

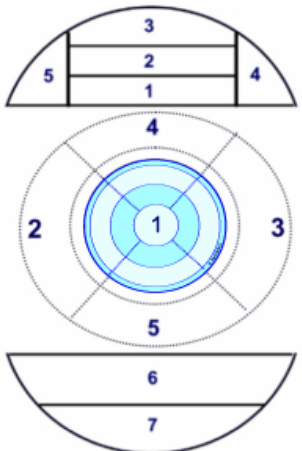
Mires nettes : Autres : Warepage : _____

_____ X _____ => (-)

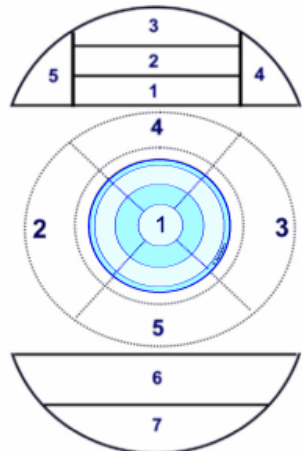
Km : Toricité : Exc :

Mires nettes : Autres : Warepage : _____

OBSERVATIONS Spécifier : Les Zones dans les cas de grades et l'Echelle utilisée : CCLRU ; N. EFRON ; Autre : _____



	0	1	2	3	4		0	1	2	3	4
Autres :											
CONJ. PALPEBR.											
Hyperémie											
Rugosité											
Papilles / Follicules											
Autres :											
CONJ. BULBAIRES											
Hyperémie											
Pinguécule / Kystes											
Piqueté											
Autres :											
CONJ. LIMBIQUE											
Hyperémie											
Piqueté											
Autres :											
CORNEE											
Néovascularisation											
Staining KPS											
Autres 1 :											
Autres 2 :											



CONCLUSIONS LC : d'Essais définitives

Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add	Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()
Produits d'entretien:						Autres remarques :					