

M ^{me} M ^{lle} M ^r _____	Prénom : _____	Date _____ / _____ / _____
Adresse : _____	Tel Domicile _____	
Ville : _____	Tel Mobile _____	
CP : _____	Tel Bureau _____	
Fax Dom. _____	Bur. _____	Email _____

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

A remplir par le patient avant l'examen (par l'enfant et les parents pour les enfants mineurs).

Date de naissance : _____ / _____ / _____

• Qui vous a adressé ou conseillé de venir dans notre centre ?

Hôpital _____ Docteur _____ Confrère _____ Autre _____

- Portez-vous des lunettes ? Oui Non *Si oui depuis combien de temps ?* _____
- Portez-vous des lentilles ? Oui Non *Si oui depuis combien de temps ?* _____
- Quels produits d'entretien utilisez-vous ? _____

• Avez vous ?

- Eu une blessure oculaire Oui Non *Si oui pouvez-vous la décrire?* _____
- Eu une maladie oculaire Oui Non *Si oui pouvez-vous la décrire?* _____
- Eu une opération des yeux Oui Non *Si oui pouvez-vous la décrire?* _____
- Fait de la rééducation visuelle Oui Non *Si oui le nom de l'orthoptiste ?* _____

• Quelle est la raison de votre visite d'aujourd'hui et vos plaintes ?

- | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---|
| - Adaptation / réadapt. Lentilles de C. | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | - Maux de tête | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |
| - Examen de la vue | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | - Vision double | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |
| - Examen de routine ni gêne, ni plainte | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | - Un œil dévié | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |
| - Vision floue au loin | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | - Les yeux qui brûlent ou douloureux | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |
| - Vision floue au près | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | - Les yeux qui pleurent | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |
| - Fatigue visuelle | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | * Autres : _____ | |

• Souffrez-vous d'un des troubles suivants?

- | | | | |
|--|---|---------------------------|---|
| - Allergies, Asthme | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | - Hypertension artérielle | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |
| - Diabète | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | - Hypertension oculaire | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |
| - Cardiovasculaire | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | - Thyroïde | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> |
| - Artériosclérose (durcissement des artères) | Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | * Autres _____ | |

• Prenez-vous actuellement des médicaments ?

Si oui pouvez-vous indiquer lesquels? _____ Oui Non

• Présentez vous une allergie ou une sensibilité à des médicaments ?

Si oui pouvez-vous indiquer lesquels? _____ Oui Non

• Présentez vous une autre allergie ou une autre sensibilité ?

Si oui pouvez-vous indiquer lesquels? _____ Oui Non

• Présentez vous un risque de MCJ

3 questions préconisées pour évaluer les sujets à risque (C. CLIN Paris-Nord - septembre 2003)

Dans le cas d'une réponse positive pour un risque de MCJ : les lentilles d'essais seront détruites suivant un protocole spécifique

- Avez-vous eu dans votre famille un cas de Maladie de Creutzfeldt-Jakob ? Oui Non
- Avez-vous été traité par des injections d'hormone de croissance avant 1988 ? Oui Non
- Avez-vous été opéré du cerveau ou de la colonne vertébrale avant 1995 ? Oui Non

• Y a-t-il d'autre chose qu'il vous semble important de dire au sujet de vos yeux ou de votre santé ?

- Etes-vous suivi régulièrement par un ophtalmologiste Oui Non Docteur : _____
Quel est le rythme des visites ? 6 mois annuel 2 à 3 ans Autre _____

• Renseignements complémentaires :

- Votre activité est-elle principalement en : Vision de loin Vision de près Les deux, Loin et près
Si oui pouvez-vous la décrire? _____
- Votre activité a-t-elle lieu dans une atmosphère spécifique ? Oui Non
Si oui pouvez-vous la décrire? _____
- Pratiquez-vous des activités sportives ? Oui Non
Si oui pouvez-vous la décrire? _____

SIGNATURE

Je reconnais avoir reçu les informations et documents suivants : **Oui** **Non** *du patient et des parents pour les mineurs*

- Le devis
- Les risques encourus
- Les recommandations et les notices d'usages et d'entretien
- Les recommandations au sujet du rythme des contrôles et des visites

EQUIPEMENTS HABITUELS

Sphère	Cyl.	Axe	Add
()	()	()	()
Ecart Pupillaire	Centre Montage	AV :	AV :
()	()	()	()
Lentille :	Age :		
Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl. Axe Add
()	()	()	()

LUNETTES

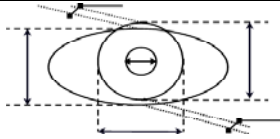
Sphère	Cyl.	Axe	Add
()	()	()	()
AV Bino VL	AV Bino VP		
()	()		
Lentille :	Age :		
Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl. Axe Add
()	()	()	()

Produits d'entretien:

PRESCRIPTION

Si Lentille :				AV :	AV :
Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl. Axe Add	()	()

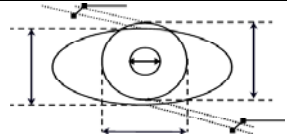
Si Lentille :				AV :	AV :
Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl. Axe Add	()	()



Øc h : _____
 Ø pupillaire : _____
 Ouv. Pal : _____
 Rec sup : _____
 Rec inf : _____

BIOMETRIE

Øc h : _____
 Ø pupillaire : _____
 Ouv. Pal : _____
 Rec sup : _____
 Rec inf : _____



KERATOMETRIE au retrait

Spécifier l'excentricité à 25° :
 Sur les 1/2 méridiens des schémas
 En valeurs ou par symbole (+) si > 0,50
 (-) si < 0,45

_____ X _____ => (-)

Km : Toricité : Exc :
 Mires nettes : Autres : K-NIBUT : _____ s

_____ X _____ => (-)

Km : Toricité : Exc :
 Mires nettes : Autres : K-NIBUT : _____ s

REFRACTION

Sphère	Cyl.	Axe	Add
()	()	()	()
Cyl. utilisé			Add. Min.
()	()	()	()

Objective Subjective

Sphère	Cyl.	Axe	Add
()	()	()	()
Cyl. utilisé			Add. Min.
()	()	()	()

OD	OG	BINO	← VL
/10 /10	/10 /10	/10 /10	
OD : <input type="radio"/>	OG : <input type="radio"/>	Œil Dominant VL	
OD : <input type="radio"/>	OG : <input type="radio"/>	← Œil préféré VL « D » par le flou perceptuel +0,75 => Œil mis dominant VP « N »	
Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>	Rap. : Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>
Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>	Rap. : Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>
ORTHO	ESO	EXO	Hyper
()	()	()	()

Acuité Contraste 90%
 Acuité Contraste 10%
 Œil Directeur

VP →	OD	OG	BINO
P /10	/10 /10	P /10	/10 /10
P /10	/10 /10	P /10	/10 /10
OD : <input type="radio"/>	OG : <input type="radio"/>	Œil mis dominant VP « N »	
Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>	Rap. : Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>
Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>	Rap. : Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>
ORTHO	ESO	EXO	Hyper
()	()	()	()

Rivière lacrymale régulière Ondulée Hauteur _____

Tearscope TNIBUT	Points:	
	Flamme :	
	Cillement :	

Tr. Lac. Tr. Ser. Vague Amorphe Coloré Globul Aspect Pré film oculaire

Pré film oculaire

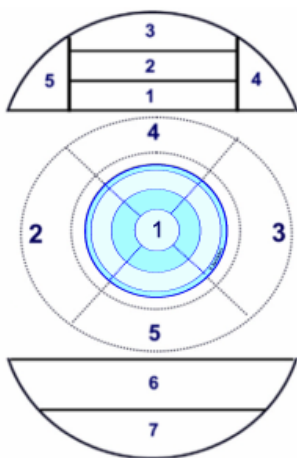
Rivière lacrymale régulière Ondulée Hauteur _____

Tearscope TNIBUT	Points:	
	Flamme :	
	Cillement :	

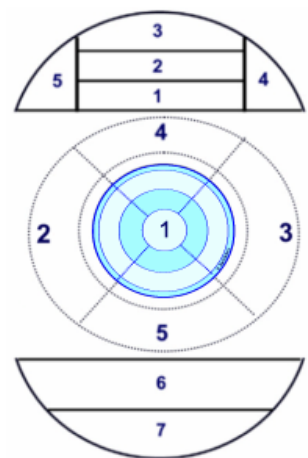
Tr. Lac. Tr. Ser. Vague Amorphe Coloré Globul Aspect Pré film oculaire

OBSERVATIONS

Spécifier : Les Zones dans les cases 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									
Pinguécula / Kystes									
Piqueté									
Autres :									
CONJ. LIMBIQUE									
Hyperémie									
Piqueté									
Autres :									
CORNEE									
Néovascularistaion									
Staining KPS									
Autres 1 :									
Autres 2 :									



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

1^{er} TEST 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 < 1µm	LRPG : Bulles Mucus < 0,5µm		Points:								
	Flamme :			Vague ~ 2,5µm	Absence < 2,5µm		Flamme :								
	Cillement :			Amorphe > 2,5µm	Trame > 5,5µm		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 :	

<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 < 0,5 mm mais bouge au doigt</p> <p>MI = Mauvais Insuffisant : < 0,5 mm ne bouge même pas au doigt</p> <p>TM = Trop Mobile : > 2 mm 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> <p>Sphère () Cyl. () Axe ()</p>	<p>Surréfraction Subjective</p> <p>Sphère () Cyl. () Axe ()</p>
<p>OD <input type="text"/> /10</p> <p>OG <input type="text"/> /10</p> <p>BINO <input type="text"/> /10</p> <p>← VL</p>	<p>VP →</p> <p>OD <input type="text"/> /10</p> <p>OG <input type="text"/> /10</p> <p>BINO <input type="text"/> /10</p>
<p>Acuité Contraste 90%</p> <p>Acuité Contraste 10%</p>	
<p>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>Dominant 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 ½ 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> <p>Autres : _____</p>	<p>BORDS LIBRES 0 1 2 3 4</p> <p>Autres : _____</p>																																																																																																									
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">CONJ. PALPEBR.</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">Autres : _____</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">CONJ. BULBAIRES</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">Autres : _____</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">CONJ. LIMBIQUE</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">Autres : _____</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">CORNEE</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">Autres 1 : _____</td></tr> <tr><td colspan="5" style="text-align: center;">Autres 2 : _____</td></tr> </table>	CONJ. PALPEBR.																									Autres : _____					CONJ. BULBAIRES																									Autres : _____					CONJ. LIMBIQUE															Autres : _____					CORNEE															Autres 1 : _____					Autres 2 : _____					
CONJ. PALPEBR.																																																																																																											
Autres : _____																																																																																																											
CONJ. BULBAIRES																																																																																																											
Autres : _____																																																																																																											
CONJ. LIMBIQUE																																																																																																											
Autres : _____																																																																																																											
CORNEE																																																																																																											
Autres 1 : _____																																																																																																											
Autres 2 : _____																																																																																																											

Prévision/Conclusion LC : d'Essais <input type="radio"/> définitives <input type="radio"/>											
Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add	Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add
()						()					
Produits d'entretien:						Autres remarques :					

2^{ème} TEST 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 < 1µm	LRPG : Bulles Mucus < 0,5µm	Points:			
	Flamme :			Vague ~ 2,5µm	Absence < 2,5µm	Flamme :			
	Cillement :			Amorphe > 2,5µm	Trame > 5,5µm	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 :		Commentaires :	

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

OBSERVATIONS & FLUOROSCOPIE	
Tendance donnée par les observations OD : Alignée () Serrée () Plate ()	Tendance donnée par les observations OG : Alignée () Serrée () Plate ()

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

_____ X _____ => (-)	_____ X _____ => (-)
Km : Toricité : Exc :	Km : Toricité : Exc :
Mires nettes : <input type="radio"/> Autres : <input type="radio"/> Warepage : _____	Mires nettes : <input type="radio"/> Autres : <input type="radio"/> Warepage : _____

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

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