

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

TNIBUT	Points:	
	Flamme :	
	Cillement :	



Tearscope : PREFILM LENTILLE
 LSH : Trame < 1µ LRPG : Bulles Mucus < 0,5µ
 Vague ~ 2,5µ Absence < 2,5µ
 Amorphe > 2,5µ Trame > 5,5µ

	Points:	
	Flamme :	
	Cillement :	



LSH Trame LSH Vagu LSH Amorp LRPG mucus LRPG Absente LRPG Trmae **Aspect Pré film lentille** LSH Trame LSH Vagu LSH Amorp LRPG mucus LRPG Absente LRPG Trmae

1. Positionnement
 2. LSH Tor. spécifier
 Axe d'équilibre _____°
 Bon
 Faible
 Insuffisant
 TM _____ mm



CENTRAGES

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 : > 2mm spécifier : x mm ?



1. Positionnement
 2. LSH Tor. spécifier
 Axe d'équilibre _____°
 Bon
 Faible
 Insuffisant
 TM _____ 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		Subjective		Sphère	Cyl.	Axe	
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

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

Œil Dominant VL OD : O OG : O Confirmation du choix de l'œil mis en dominance VP

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

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

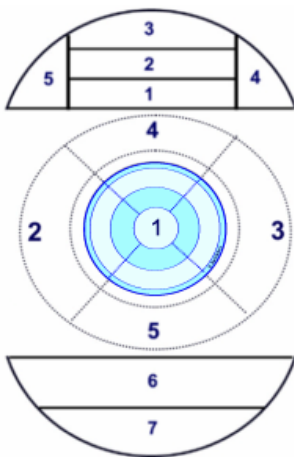
ORTHO ESO EXO Hyper Hétérophories ORTHO ESO EXO Hyper

_____ X _____ => (-) _____ X _____ => (-)

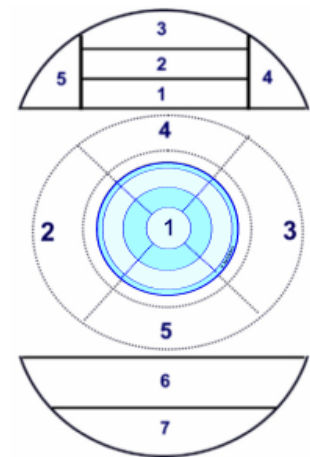
Km : Toricité : Exc : Spécifier l'excentricité à 25° :
 Sur les ½ méridiens des schémas
 En valeurs ou par symbol (+) si > 0,50
 (-) si < 0,45

Mires nettes : Autres : **Warepage** : _____ Mires nettes : Autres : **Warepage** : _____

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



	0	1	2	3	4	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 :															



Prévision/Conclusion LC : d'Essais définitives

Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add	Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add
()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()	()

Produits d'entretien: | PO PJ PF PP | 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 pose:	Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl.	Axe	Add		
					← Sensation patient →									

TNIBUT	Points:			LSH : Trame < 1µ	LRPG : Bulles Mucus < 0,5µ	Points:											
	Flamme :			Vague ~ 2,5µ	Absence < 2,5µ	Flamme :											
	Cillement :			Amorphe > 2,5µ	Trame > 5,5µ	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 Trmae <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 Trmae <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 : > 2mm 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					
()	()	()					

OD	OG	BINO	← VL		VP →	OD	OG	BINO		
/10	/10	/10		Acuité Contraste 90%	P /10	P /10	P /10	P /10		
/10	/10	/10		Acuité Contraste 10%	P /10	P /10	P /10	P /10		
Œil Dominant VL			OD : <input type="radio"/>	OG : <input type="radio"/>	Confirmation du choix de l'œil mis en dominance VP			OD : <input type="radio"/>	OG : <input type="radio"/>	
Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>	Rap. : <input type="radio"/>	Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>	Stéreo périphérique	Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>	Rap. : <input type="radio"/>	Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>
Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>	Rap. : <input type="radio"/>	Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>	Stéreo (fine)	Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>	Rap. : <input type="radio"/>	Oui : <input type="radio"/>	Non : <input type="radio"/>
ORTHO	ESO	EXO	Hyper	Hétérophories	ORTHO	ESO	EXO	Hyper		

____ X ____ => ()

Km : Toricité : Exc :

Mires nettes : Autres : **Warepage** : _____

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

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
BORDS LIBRES					BORDS LIBRES				
Autres :									
CONJ. PALPEBR.					CONJ. PALPEBR.				
Hyperémie					Hyperémie				
Rugosité					Rugosité				
Papilles / Follicules					Papilles / Follicules				
Autres :									
CONJ. BULBAIRES					CONJ. BULBAIRES				
Hyperémie					Hyperémie				
Pinguécula / Kystes					Pinguécula / Kystes				
Piqueté					Piqueté				
Autres :									
CONJ. LIMBIQUE					CONJ. LIMBIQUE				
Hyperémie					Hyperémie				
Piqueté					Piqueté				
Autres :									
CORNEE					CORNEE				
Néovascularistaion					Néovascularistaion				
Staining KPS					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 :				