

M <sup>me</sup> M <sup>lle</sup> M <sup>r</sup> _____	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
( )	( )	( )	( )

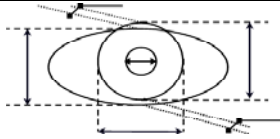
Produits d'entretien:

**PRESCRIPTION**

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

Déprotéinisation Oui :  Non :

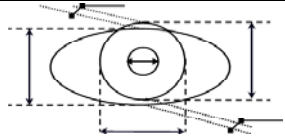
Docteur :	le :	Si Lentille :			
( )	( )	( )			
Rayon(s)	Diamètre	Sphère	Cyl. Axe Add		
( )	( )	( )	( )	( )	( )




Øc h : \_\_\_\_\_  
 Ø pupillaire : \_\_\_\_\_  
 Ouv. Pal : \_\_\_\_\_  
 Rec sup : \_\_\_\_\_  
 Rec inf : \_\_\_\_\_

**BIOMETRIE**

Øc h : \_\_\_\_\_  
 Ø pupillaire : \_\_\_\_\_  
 Ouv. Pal : \_\_\_\_\_  
 Rec sup : \_\_\_\_\_  
 Rec inf : \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ => ( - )


Km : Toricité : Exc : 

Mires nettes :  Autres :  K-NIBUT : \_\_\_\_\_ s

**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

**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 :  OG :  Œil Dominant VL  
 OD :  OG :  ← Œil préféré VL « D » par le flou perceptuel +0,75 ⇒ Œil mis dominant VP « N »  
 OD :  OG :   
 Oui :  Non :  Rap. : Oui :  Non :  Stéréo périphérique  
 Oui :  Non :  Rap. : Oui :  Non :  Stéréo (fine)  
 ORTHO      ESO      EXO      Hyper

Acuité Contraste 90%  
 Acuité Contraste 10%  
 Œil Directeur

**VP** →      **OD**      **OG**      **BINO**

P /10	P /10	P /10
P /10	P /10	P /10

OD :  OG :   
 OD :  OG :   
 Oui :  Non :  Rap. : Oui :  Non :  Stéréo périphérique  
 Oui :  Non :  Rap. : Oui :  Non :  Stéréo (fine)  
 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**

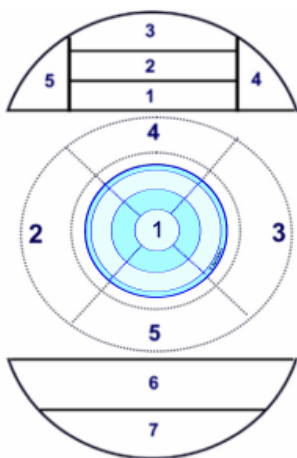
Rivière lacrymale régulière  Ondulée  Hauteur \_\_\_\_\_

Trame lache ~ 0,02µm Amorphe ~ 0,08µm  
 Trame serrée ~ 0,04µm Colorée ~ 0,08 à 0,59µm  
 Vague > 0,04µm Globulaire > 0,6µm

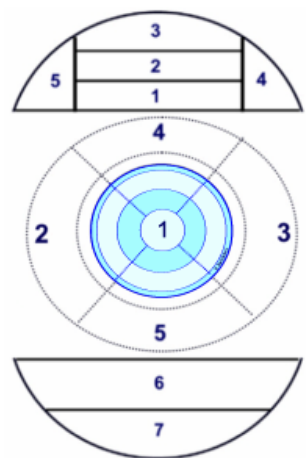
Tr. Lac.  Tr. Ser.  Vague  Amorphe  Coloré  Globul  Aspect Pré film oculaire

**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 :									
<b>CONJ. PALPEBR.</b>									
Hyperémie									
Rugosité									
Papilles / Follicules									
Autres :									
<b>CONJ. BULBAIRES</b>									
Hyperémie									
Pinguécula / Kystes									
Piqueté									
Autres :									
<b>CONJ. LIMBIQUE</b>									
Hyperémie									
Piqueté									
Autres :									
<b>CORNEE</b>									
Néovascularistaion									
Staining KPS									
Autres 1 :									
Autres 2 :									



Prévision LC : d'Essais  définitives

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

Produits d'entretien: PO  PJ  PF  PP  Autres remarques : \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> TEST date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ temps de port : \_\_\_\_\_ heure(s) suivre la procédure de traçabilité (cahier)

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

<b>TNIBUT</b>	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"/>	<b>Aspect Pré film lentille</b>			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><b>CENTRAGES</b></p> <p><b>MOUVEMENTS</b> indications LSH</p> <p>B = acceptable 0,5 mm 1mm</p> <p>F = Faible &lt; 0,5 mm mais bouge au doigt</p> <p>MI = Mauvais Insuffisant : &lt; 0,5 mm ne bouge même pas au doigt</p> <p>TM = Trop Mobile : &gt; 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><b>OBSERVATIONS &amp; FLUOROSCOPIE</b></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><b>Surréfraction Subjective</b></p> <p>Sphère ( ) Cyl. ( ) Axe ( )</p>	<p><b>Surréfraction Subjective</b></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="text"/> ESO <input type="text"/> EXO <input type="text"/> Hyper <input type="text"/> 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="text"/> ESO <input type="text"/> EXO <input type="text"/> Hyper <input type="text"/> Hétérophories</p>	

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

<p><b>OBSERVATIONS</b> Spécifier : Les Zones dans les cases de grades et l'Echelle utilisée : CCLRU <input type="radio"/> ; N. EFRON <input type="radio"/> ; Autre : _____</p>	<p><b>BORDS LIBRES</b> 0 1 2 3 4</p> <p>Autres :</p>	<p><b>BORDS LIBRES</b> 0 1 2 3 4</p> <p>Autres :</p>
	<p><b>CONJ. PALPEBR.</b></p> <p>Hyperémie</p> <p>Rugosité</p> <p>Papilles / Follicules</p> <p>Autres :</p>	
	<p><b>CONJ. BULBAIRES</b></p> <p>Hyperémie</p> <p>Pinguécula / Kystes</p> <p>Piqueté</p> <p>Autres :</p>	
	<p><b>CONJ. LIMBIQUE</b></p> <p>Hyperémie</p> <p>Piqueté</p> <p>Autres :</p>	
	<p><b>CORNEE</b></p> <p>Néovascularisation</p> <p>Staining KPS</p> <p>Autres 1 :</p> <p>Autres 2 :</p>	

<b>Prévision/Conclusion LC : d'Essais <input type="radio"/> définitives <input type="radio"/></b>															
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 :			

2<sup>ème</sup> TEST date \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ temps de port : \_\_\_\_\_ heure(s) suivre la procédure de traçabilité (cahier)

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

<b>TNIBUT</b>	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"/>		<b>Aspect Pré film lentille</b>		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   
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 < 0,5 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 ?

**OBSERVATIONS & FLUOROSCOPIE**

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

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

**Surréfraction**

Sphère	Cyl.	Axe		<b>Subjective</b>	Sphère	Cyl.	Axe	
( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )	( )

<b>OD</b>	<b>OG</b>	<b>BINO</b>	← VL		VP →	<b>OD</b>	<b>OG</b>	<b>BINO</b>
/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

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

\_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ => (- ) **KERATOMETRIE au retrait** \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ => (- )

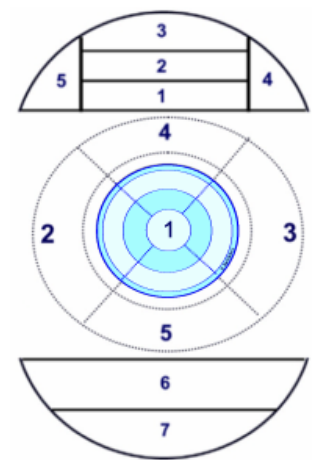
Spécifier l'excentricité à 25° :  
Sur les 1/2 méridiens des schémas  
En valeurs ou par symbol (+) si > 0,50 (-) si < 0,45

Km : Toricité : Exc : 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			0	1	2	3	4	
<b>BORDS LIBRES</b>													
Autres :													
<b>CONJ. PALPEBR.</b>													
Hyperémie													
Rugosité													
Papilles / Follicules													
Autres :													
<b>CONJ. BULBAIRES</b>													
Hyperémie													
Pinguécule / Kystes													
Piqueté													
Autres :													
<b>CONJ. LIMBIQUE</b>													
Hyperémie													
Piqueté													
Autres :													
<b>CORNEE</b>													
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: PO  PJ  PF  PP  Autres remarques : \_\_\_\_\_