

ÉVALUATION POSTOPÉRATOIRE DE LA CHIRURGIE RÉFRACTIVE DE LA CATARACTE OU DE L'EXTRACTION DU CRISTALLIN CLAIR



INSTITUT DE L'ŒIL
DES LAURENTIDES

6110, rue Doris-Lussier, bureau 400, Boisbriand
T.450.420.8450 ou 1.888.419.6345

Nom, prénom _____

DDN _____

Date de l'évaluation _____

Délai de l'évaluation 1 semaine 1 mois 3 mois autre _____

- Confort** Excellente Bon Difficile
- Sécheresse oculaire** Absente Mineure Importante Voile intermittent
- Douleur** Aucune Mineure Modérée Gênante
- Flash/flottant** Aucun Intermittent Constant

	AV sans correction VL	AV sans correction VP
OD	6/	6/ à ____ cm
	TS 6/	TS 6/
OS	6/	6/ à ____ cm
	TS 6/	TS 6/

Commentaires _____

Type de LIO

Cornée

Chambre antérieure

Capsule postérieure

Incision

PIO à ____ h ____

	OD	OS
<input type="checkbox"/> Monofocale <input type="checkbox"/> Spécialité	<input type="checkbox"/> Monofocale <input type="checkbox"/> Spécialité	<input type="checkbox"/> Monofocale <input type="checkbox"/> Spécialité
<input type="checkbox"/> Claire <input type="checkbox"/> Odème <input type="checkbox"/> KPS <input type="checkbox"/> Érosion Gr ____	<input type="checkbox"/> Claire <input type="checkbox"/> Odème <input type="checkbox"/> KPS <input type="checkbox"/> Érosion Gr ____	<input type="checkbox"/> Claire <input type="checkbox"/> Odème <input type="checkbox"/> KPS <input type="checkbox"/> Érosion Gr ____
<input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Ø Gr ____	<input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Ø Gr ____	<input type="checkbox"/> Propre <input type="checkbox"/> Profonde <input type="checkbox"/> Étroite <input type="checkbox"/> Ø Gr ____
<input type="checkbox"/> Claire <input type="checkbox"/> Opacité <input type="checkbox"/> Plis Gr ____	<input type="checkbox"/> Claire <input type="checkbox"/> Opacité <input type="checkbox"/> Plis Gr ____	<input type="checkbox"/> Claire <input type="checkbox"/> Opacité <input type="checkbox"/> Plis Gr ____
<input type="checkbox"/> Étanche <input type="checkbox"/> Fuite	<input type="checkbox"/> Étanche <input type="checkbox"/> Fuite	<input type="checkbox"/> Étanche <input type="checkbox"/> Fuite
Grades (Gr) 1/2: Traces 1: Mineur 2: Modéré 3: Modéré-significatif 4: Sévère		
	_____	_____

Subjectif

Auto-réfractomètre

	SPH	CYL	AXE	ADD	Prisme	AV VL	AV VP
OD						6/	6/
OS						6/	6/

Commentaires _____

Veuillez communiquer avec moi concernant ce patient au: _____

Optométriste _____ N° de membre 3- _____

Clinique _____ Ville _____

Signature _____

info_referent@institutdeloeil.com
 Télécopieur: 450.434.9389