

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE

ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE EN VUE DE LA CHIRURGIE RÉFRACTIVE
DE LA CATARACTE, DE L'EXTRACTION DU CRISTALLIN CLAIR OU LE LASIK 100% LASER



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 ou NAM _____

Téléphone(s) du patient () _____ () _____

Date de la consultation _____

Motif
 Cataracte
 Lasik 100% laser
 Lasik post chx LIO
 ECC
 PRK
 LIO Phake

Historique oculaire
 Maladie(s) oculaire(s) antérieure(s) _____
 Chirurgie(s) oculaire(s) antérieure(s) _____

	OD	OS
Cornée		
Cristallin		
Macula		
Papille		
Rétine périphérique		
PIO à _____ h _____	<input type="checkbox"/> Angles ouverts <input type="checkbox"/> Angles étroits	<input type="checkbox"/> Angles ouverts <input type="checkbox"/> Angles étroits
Sécheresse oculaire	<input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Mineure <input type="checkbox"/> Importante	<input type="checkbox"/> Blépharite
Traitements	<input type="checkbox"/> Larmes artificielles Précisez _____ <input type="checkbox"/> Compresse <input type="checkbox"/> Masque chauffant	<input type="checkbox"/> Gel/Onguent ophtalmique <input type="checkbox"/> Gouttes anti-inflammatoire <input type="checkbox"/> Cyclosporine 0.05% <input type="checkbox"/> Lifitegrast 5% <input type="checkbox"/> Autre _____

Pour chirurgie phacoréfractive

Intérêt pour Monofocale Torique Multifocale Catalys® Chirurgie séquentielle (2 yeux le même jour)

Allergie aux quinolones Non Oui
Autres allergies: _____

		SPH	CYL	AXE	ADD	Prisme	AV VL	AV VP
Potentiel visuel	OD						6/	6/
avant la cataracte. Date _____	OS						6/	6/
Réfraction manifeste	OD						6/	6/
	OS						6/	6/
Lunettes actuelles	OD						6/	6/
	OS						6/	6/
Lentilles cornéennes	OD						6/	6/
	OS						6/	6/

Type de LC Souple (retrait des VC 10 jours avant l'évaluation préopératoire) Semi-Rigide (retrait des VC 1 mois par 10 années de port)

Type de correction en LC Distance seulement Monovision Torique Multifocale

Vision binoculaire Normale Amblyopie Prisme Strabisme Phorie Précisions : _____

Commentaires _____

Optométriste _____ N° de membre 3- _____

Clinique _____ info_referent@institutdeloeil.com

Signature _____ Télécopieur 450.434.9389

