

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____

Date du post-op (AA/MM/JJ) : _____ #dossier/à notre clinique : _____

Symptômes

Vision éloignée :	☐ excellente	☐ bonne	☐ difficile	☐ insatisfaisante
Vision intermédiaire :	☐ excellente	☐ bonne	☐ difficile	☐ insatisfaisante
Vision rapprochée :	☐ excellente	☐ bonne	☐ difficile	☐ insatisfaisante
Assèchement :	☐ absent	☐ mineur	☐ important	☐ voile intermittent
Éblouissement :	☐ absent	☐ mineur	☐ modéré	☐ gênant
Perception de halos :	☐ absent	☐ mineur	☐ modéré	☐ gênant
Douleur :	☐ aucune	☐ mineure	☐ modérée	☐ importante
Perception de corps flottant :	☐ aucun	☐ absent	☐ mineur	☐ modéré ☐ gênant

Commentaires additionnels : _____

Chirurgie	OD	OS
Délai post-op	☐ 1 semaine ☐ 1 mois ☐ 3 mois ☐ autre	☐ 1 semaine ☐ 1 mois ☐ 3 mois ☐ autre
Type de LIO	☐ mono ☐ PVE ☐ Multi ☐ Torique	☐ mono ☐ PVE ☐ Multi ☐ Torique
Correction visée	☐ VL (Plano) ☐ autre Rf	☐ VL (Plano) ☐ autre Rf
☐ AVsc VL OU 6/	6/ TS 6/	6/ TS 6/
☐ AVsc VP OU M à cm	M à cm	M à cm
☐ Rf ☐ subj ☐ élec	6/	6/
PIO (à h) OD : OS :		
Grades	☐ 1/2 : traces 1 : mineur 2 : modéré 3 : modéré significatif 4 : sévère	
Hyperémie	☐ absent ☐ présent Gr. :	☐ absent ☐ présent Gr. :
Œdème Conj/palp	☐ absent ☐ présent Gr. :	☐ absent ☐ présent Gr. :
Incision	☐ étanche ☐ fuite	☐ étanche ☐ fuite
Cornée	☐ claire ☐ œdème Gr. :	☐ claire ☐ œdème Gr. :
Chambre ant.	☐ calme ☐ cell/flare Gr. :	☐ calme ☐ cell/flare Gr. :
Capsule post.	☐ propre ☐ opacité ☐ plis Gr. : Gr. :	☐ propre ☐ opacité ☐ plis Gr. : Gr. :
Particularité Macula	☐ Saine ☐ OMK Gr. :	☐ Saine ☐ OMK Gr. :

*Merci de vous référer au rapport post-op 24 hr dans l'historique de chirurgie pour inscrire l'information complète.

Recommandations : _____

Prochain contrôle : ☐ Je désire que vous communiquiez avec moi concernant ce patient ☐ Urgent

Optométriste : _____ n° membre : 3- _____ Signature : _____

Clinique : _____ Tél. : (_____) _____ Téléc. : (_____) _____

abréviations

LIO = lentille intraoculaire

Mono = monofocale, correction à une distance

PVE = plage de vision étendue, de loin à intermédiaire

Multi = multifocale, vision simultanée de loin et de près

Torique = pour la compensation de l'astigmatisme

VL = vision de loin

VP = vision de près

AVsc = acuité visuelle sans correction

AVcc = acuité visuelle avec correction

TS = trou sténopéique

Rf subj = réfraction subjective

Rf élec = réfraction électronique

PIO = pression intraoculaire

Œdème conj = œdème conjonctival

Œdème palp = œdème palpébral

Chambre ant. ou CA = chambre antérieure

KPS = kératite ponctuée superficielle

OCP = opacification de la capsule postérieure

OMK = œdème maculaire kystique

PRK = *photorefractive keratectomy*

Prévoir une stabilisation de 3 mois avant une intervention complémentaire au laser

- Capsulotomie postérieure (laser YAG);
- Retouche LASIK/ ablation de surface (PRK);
- La retouche est conditionnelle à l'approbation de l'ophtalmologiste si elle est jugée nécessaire et sécuritaire.

**Si vous
désirez
que l'on
communiqu
avec vous :**

- **Veuillez spécifier le degré d'urgence;**
- **Si l'urgence est très élevée, n'hésitez pas à communiquer avec nous par téléphone.**