

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Tél. rés : (_____) _____ Tél. bur. : (_____) _____ Courriel : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Date de l'évaluation : _____

PRESCRIPTION	OD	OS
AVsc	VP _____ M à _____ cm VL 6/ _____	VP _____ M à _____ cm VL 6/ _____
	Sphère Cyl. Axe Add MAVC	Sphère Cyl. Axe Add MAVC
Rx Lunettes	_____ 6/ _____	_____ 6/ _____
Rx LC	_____ 6/ _____	_____ 6/ _____
Rf Électro	_____ 6/ _____	_____ 6/ _____
Rf Manifeste	_____ 6/ _____	_____ 6/ _____
Rf Cyclo	_____ 6/ _____	_____ 6/ _____
Kérato	_____ @ _____ x _____ @ _____	_____ @ _____ x _____ @ _____
Pachy (Centrale)	_____ microns _____ mmHg PIO (à _____ h _____)	_____ microns _____ mmHg PIO (à _____ h _____)
Cornée	☐ Dans les limites de la normale ☐ DMBE ☐ Particularité : ☐ Cornea guttata	☐ Dans les limites de la normale ☐ DMBE ☐ Particularité : ☐ Cornea guttata
Cristallin	☐ Dans les limites de la normale ☐ Cataracte ☐ Particularité :	☐ Dans les limites de la normale ☐ Cataracte ☐ Particularité :
Rétine	☐ Dans les limites de la normale ☐ Particularité :	☐ Dans les limites de la normale ☐ Particularité :
COMPLÉMENT		MOTIF DE LA RÉFÉRENCE
Port LC	☐ Oui ☐ Non ☐ Arrêt LC : ☐ Souple Correction : ☐ 2 yeux VL ☐ Souple torique ☐ Monovision ☐ Semi-rigide ☐ Multifocales	Chirurgie photoréfractive Type : ☐ LASIK ☐ Ablation de surface Correction : ☐ 2 yeux en VL ☐ Compensation presbytie
Sécheresse oculaire	Symptômes : ☐ Absent ☐ Occasionnel/Modéré ☐ Fréquent / Sévère TBUT : ☐ Dans les limites de la normale ☐ Moins de 6 sec. Prise de fluo : ☐ Absent ☐ Cornéen (grade) : ☐ Conjonctival (grade) :	CHIRURGIE INTRAOCULAIRE Chirurgie phacoréfractive : Type de LIO ☐ LIO monofocale ☐ LIO multifocale ☐ Torique (astigmatisme cornéen > 1D) Attentes du patient : ☐ Souhaite autonomie sans lunettes en VL ☐ Souhaite autonomie sans lunettes en VP ☐ Souhaite autonomie sans lunettes en VI ☐ Accepterait monovision (différence entre les 2 yeux) ☐ Accepterait compromis (halos, baisse de contraste)
Diam. Pupil. Scot.	☐ Petit (3.0 mm et moins) ☐ Moyen (entre 3.5 mm et 6.0 mm) ☐ Grand (6.5 mm et plus)	
Vision binoculaire	☐ Dans les limites de la normale ☐ Amblyopie ☐ Strabisme ☐ Rx Prisme	
Œil dominant	☐ OD ☐ OS	
☐ Le patient communiquera avec la COI ☐ S.V.P. veuillez communiquer avec le patient à partir de _____ ☐ S.V.P. veuillez communiquer avec moi avant de contacter le patient ☐ Le patient est intéressé aux forfaits voyages ☐ Un rendez-vous a déjà été planifié pour l'évaluation préopératoire _____ ☐ Un rendez-vous a déjà été planifié pour la chirurgie _____ Signature du patient : _____ Remarque(s) : _____		Commentaires : Toutes information pertinente qui pourrait influencer l'éligibilité du patient à la chirurgie réfractive.

☐ J'ai des informations additionnelles pour ce patient et j'aimerais qu'on communique avec moi. ☐ Urgent

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

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

SOLUTIONS PROPOSÉES EN FONCTION DE L'ÂGE

- 18 à 40 ans :** Laser
- 40 à 44 ans :** Laser 2 yeux en VL
- 45 à 55 ans :** Laser 2 yeux en VL, Chirurgie phacoréfractive : LIO monofocale 2 yeux en VL, LIO monofocale monovision, LIO multifocale
- 55 ans et plus :** Chirurgie phacoréfractive : LIO monofocale 2 yeux en VL, LIO monofocale monovision, LIO multifocale

POUR LES PATIENTS ÂGÉS DE 40 ANS ET PLUS :

- Expliquer les effets de la presbytie;
- Discuter des différentes alternatives de correction;
- Expliquer les effets de la presbytie;
- Discuter des différentes alternatives de correction.

AMBLYOPIE ET STRABISME :

- Vision minimale de 6/12 (œil amblyope) exigée pour une chirurgie réfractive de l'œil sain dominant.

CHIRURGIE INTRAOCULAIRE :

- La chirurgie bilatérale des deux yeux en séquence est offerte pour tous les patients. (Conditionnel à l'approbation du chirurgien);
- Certaines lentilles intraoculaires ou puissance peuvent nécessiter une commande spéciale aux délais de livraisons minimales de 48 heures;
- La chirurgie assistée par laser femtosecond Catalys est offerte pour tous les patients. (Conditionnel à l'approbation du chirurgien).

ABRÉVIATIONS

- AVsc :** Acuité visuelle sans correction
- Rx :** Prescription
- LC :** Lentilles cornéennes
- Rf :** Réfraction
- PIO :** Pression intra-oculaire
- Pachy :** Épaisseur minimale au centre de la cornée
- VL :** Vision de loin
- VP :** Vision de près
- VI :** vision intermédiaire
- DMBE :** dystrophie de la membrane basale de l'épithélium
- LIO :** Lentille intraoculaire

La chirurgie est toujours conditionnelle à l'approbation de l'ophtalmologiste de la Clinique d'Ophtalmologie IRIS.

PATIENTS INTÉRESSÉS À VISITER :
☐ **Laval**

3030 boul. Le Carrefour, suite 1105, Laval, QC H7T 2P5

Téléphone : 450.688.6574 ou 1.877.656.4747

Télécopieur : 450.688.9516 ou 1.877.674.8256