

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

No Rue Ville Code postal

Tél. rés : ( ) \_\_\_\_\_ Tél. bur. : ( ) \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Date de naissance : AA / MM / JJ Âge : \_\_\_\_\_ Date de l'évaluation AA / MM / JJ

Prescription	OD	OS
AVsc	_____ M à _____ cm 6/_____	_____ M à _____ cm 6/_____
	<b>Sphère Cyl. Axe Add MAVC</b>	<b>Sphère Cyl. Axe Add MAVC</b>
Rx Lunettes	_____ 6/_____	_____ 6/_____
Rx LC	_____ 6/_____	_____ 6/_____
Rf Electro	_____ 6/_____	_____ 6/_____
Rf Manifeste	_____ 6/_____	_____ 6/_____
Rf Cyclo	_____ 6/_____	_____ 6/_____
Kérato	_____ @ _____ x _____ @ _____	_____ @ _____ x _____ @ _____
PIO (à h)	_____ mmHg <b>Pachy (Centrale)</b> _____ microns	_____ mmHg <b>Pachy (Centrale)</b> _____ microns
Film de larmes	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Particularité : _____	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Particularité : _____
Cornée	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Particularité : _____	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Particularité : _____
Cristallin	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Particularité : _____	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Particularité : _____
Rétine	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Particularité : _____	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Particularité : _____
Champ visuel	<input type="checkbox"/> Complet : <input type="checkbox"/> Particularité : _____	<input type="checkbox"/> Complet : <input type="checkbox"/> Particularité : _____
Complément	Discussion	
Port LC	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Arrêt LC : <input type="checkbox"/> Souple <b>Correction :</b> <input type="checkbox"/> 2 yeux VL <input type="checkbox"/> Semi-rigide <input type="checkbox"/> Monovision <input type="checkbox"/> Multifocales	<input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> Ablation de surface <input type="checkbox"/> 2 yeux VL <input type="checkbox"/> Presby-laser <input type="checkbox"/> Monovision
Diam. Pupil. Scot.	<input type="checkbox"/> Petit (3.0 mm et moins) <input type="checkbox"/> Moyen (entre 3.5 mm et 6.0 mm) <input type="checkbox"/> Grand (6.5 mm et plus)	<input type="checkbox"/> Lentille intraoculaire phake <input type="checkbox"/> Remplacement du cristallin <input type="checkbox"/> 2 yeux VL <input type="checkbox"/> LIO torique <input type="checkbox"/> Monovision <input type="checkbox"/> LIO multifocale
Vision binoculaire	<input type="checkbox"/> Dans les limites de la normale <input type="checkbox"/> Amblyopie <input type="checkbox"/> Strabisme <input type="checkbox"/> Rx Prisme	
Oeil dominant	<input type="checkbox"/> OD <input type="checkbox"/> OS	<b>Remarque(s) :</b>
<input type="checkbox"/> Le patient communiquera avec la COI <input type="checkbox"/> SVP veuillez communiquer avec le patient à partir de <u>AA / MM / JJ</u> <input type="checkbox"/> SVP veuillez communiquer avec moi avant de contacter le patient <input type="checkbox"/> Le patient est intéressé aux forfaits voyages <input type="checkbox"/> Un rendez-vous a déjà été planifié pour l'évaluation préopératoire <u>AA / MM / JJ</u> <input type="checkbox"/> Un rendez-vous a déjà été planifié pour la chirurgie <u>AA / MM / JJ</u>		
<b>Signature du patient :</b>		

Optométriste : \_\_\_\_\_ no membre : 3- \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Clinique : \_\_\_\_\_ Tél. : ( ) \_\_\_\_\_ Téléc. : ( ) \_\_\_\_\_

## Cogestion : Préopératoire

Avez-vous pensé d'informer votre patient ?



### L'évaluation est d'une durée approximative de 2 heures :

- Prévoir un accompagnateur et/ou des verres solaires en prévision de la dilatation;
- Apporter la liste des médicaments;
- Retirer les lentilles cornéennes;
  - Lentilles souples :
    - Sphérique/port quotidien : 7 jours minimum;
    - Torique et/ou port prolongé : 14 jours minimum;
  - Lentilles rigides et semi-rigides :
    - 4 semaines d'arrêt pour chaque décennie de port.



### Pour les patients âgés de 40 ans et plus :

- Expliquer les effets de la presbytie;
- Discuter des différentes alternatives de correction :
  - Deux yeux en vision de loin;
  - Presby-laser;
  - LIO intraoculaire multifocale ou accommodative;
- Essai préalable en lentilles cornéennes à votre clinique.



### Amblyopie et strabisme :

- Vision minimale de 6/12 (oeil amblyope) exigée pour une chirurgie réfractive.



### Chirurgie intraoculaire :

- Les deux yeux ne sont pas opérés dans la même séance opératoire (minimum d'une semaine d'intervalle);
- Certaines lentilles intraoculaires nécessitent un délai de livraison de 1 à 8 semaines (LIO torique, LIO multifocale/accommodative, LIO phake).



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

