




Nom du patient : \_\_\_\_\_ DDN (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_

Nom de l'optométriste : \_\_\_\_\_ Adresse de la clinique : \_\_\_\_\_

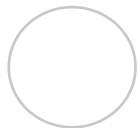
Date de l'examen (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_ Sous-corrrection MONO : OD OS

Examen post-opératoire : 1 jour 7 jours 1 mois 3-6 mois 1 année Autre \_\_\_\_\_

	OD						OS					
<b>Date de l'intervention</b>												
<b>Type d'intervention</b> Initiale ENH	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL
<b>Confort</b>	Bon	Inconfort	Sécheresse				Bon	Inconfort	Sécheresse			
<b>Médication</b>	Aucune _____			Larmes Artificielles _____			Aucune _____			Larmes Artificielles _____		
	Pred Forte _____			Ultra _____			Pred Forte _____			Ultra _____		
	Zymar _____			Autre _____			Zymar _____			Autre _____		
<b>AVNC</b>	Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/	Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/		
<b>Réfraction</b>	20/						20/					
	Normal	KLD 1 2 3		Particules	Stries		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> KLD 1 2 3		Particules	STRIES	
	PEE 1 2 3	El max _____ mm					<input type="checkbox"/> PEE 1 2 3	El MAX _____ mm				
	Autre _____						<input type="checkbox"/> AUTRE _____					
<b>Prochaine visite</b>	Je souhaite adresser ce patient de nouveau à LASIK MD pour : Une révision de retouche Un rendez-vous											
<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Semaines <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Premier ESC	Remarques :  Surveiller : Content Mécontent Prochain R-V Topos AR IOP OD _____ OS _____											

Date de l'examen (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_ Sous-corrrection MONO : OD OS

Examen post-opératoire : 1 jour 7 jours 1 mois 3-6 mois 1 année Autre \_\_\_\_\_

	OD						OS					
<b>Date de l'intervention</b>												
<b>Type d'intervention</b> Initiale ENH	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL
<b>Confort</b>	Bon	Inconfort	Sécheresse				Bon	Inconfort	Sécheresse			
<b>Médication</b>	Aucune _____			Larmes Artificielles _____			Aucune _____			Larmes Artificielles _____		
	Pred Forte _____			Ultra _____			Pred Forte _____			Ultra _____		
	Zymar _____			Autre _____			Zymar _____			Autre _____		
<b>AVNC</b>	Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/	Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/		
<b>Réfraction</b>	20/						20/					
	Normal	KLD 1 2 3		Particules	Stries		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> KLD 1 2 3		Particules	STRIES	
	PEE 1 2 3	El max _____ mm					<input type="checkbox"/> PEE 1 2 3	El MAX _____ mm				
	Autre _____						<input type="checkbox"/> AUTRE _____					
<b>Prochaine visite</b>	Je souhaite adresser ce patient de nouveau à LASIK MD pour : Une révision de retouche Un rendez-vous											
<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Semaines <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Premier ESC	Remarques :  Surveiller : Content Mécontent Prochain R-V Topos AR IOP OD _____ OS _____											




Nom du patient : \_\_\_\_\_ DDN (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_

Nom de l'optométriste : \_\_\_\_\_ Adresse de la clinique : \_\_\_\_\_

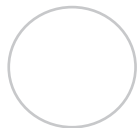
Date de l'examen (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_ Sous-corrrection MONO : OD OS

Examen post-opératoire : 1 jour 7 jours 1 mois 3-6 mois 1 année Autre \_\_\_\_\_

	OD						OS							
<b>Date de l'intervention</b>														
<b>Type d'intervention</b> Initiale ENH	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL		
<b>Confort</b>	Bon	Inconfort	Sécheresse				Bon	Inconfort	Sécheresse					
<b>Médication</b>	Aucune _____			Larmes Artificielles _____			Aucune _____			Larmes Artificielles _____				
	Pred Forte _____			Ultra _____			Pred Forte _____			Ultra _____				
	Zymar _____			Autre _____			Zymar _____			Autre _____				
<b>AVNC</b>	Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/	Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/				
<b>Réfraction</b>	20/						20/							
	Normal		Particules				<input type="checkbox"/> Normal		Particules					
	KLD	1	2	3	Stries			<input type="checkbox"/> KLD	1	2	3	STRIES		
	PEE	1	2	3	El max _____ mm			<input type="checkbox"/> PEE	1	2	3	El MAX _____ mm		
	Autre _____													
<b>Prochaine visite</b>	Je souhaite adresser ce patient de nouveau à LASIK MD pour : Une révision de retouche Un rendez-vous													
<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Semaines <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Premier ESC	Remarques :  Surveiller : Content Mécontent Prochain R-V Topos AR IOP OD _____ OS _____													

Date de l'examen (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_ Sous-corrrection MONO : OD OS

Examen post-opératoire : 1 jour 7 jours 1 mois 3-6 mois 1 année Autre \_\_\_\_\_

	OD						OS							
<b>Date de l'intervention</b>														
<b>Type d'intervention</b> Initiale ENH	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL		
<b>Confort</b>	Bon	Inconfort	Sécheresse				Bon	Inconfort	Sécheresse					
<b>Médication</b>	Aucune _____			Larmes Artificielles _____			Aucune _____			Larmes Artificielles _____				
	Pred Forte _____			Ultra _____			Pred Forte _____			Ultra _____				
	Zymar _____			Autre _____			Zymar _____			Autre _____				
<b>AVNC</b>	Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/	Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/				
<b>Réfraction</b>	20/						20/							
	Normal		Particules				<input type="checkbox"/> Normal		Particules					
	KLD	1	2	3	Stries			<input type="checkbox"/> KLD	1	2	3	STRIES		
	PEE	1	2	3	El max _____ mm			<input type="checkbox"/> PEE	1	2	3	El MAX _____ mm		
	Autre _____													
<b>Prochaine visite</b>	Je souhaite adresser ce patient de nouveau à LASIK MD pour : Une révision de retouche Un rendez-vous													
<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Semaines <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Premier ESC	Remarques :  Surveiller : Content Mécontent Prochain R-V Topos AR IOP OD _____ OS _____													




Nom du patient : \_\_\_\_\_ DDN (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_

Nom de l'optométriste : \_\_\_\_\_ Adresse de la clinique : \_\_\_\_\_

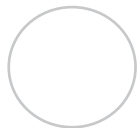
Date de l'examen (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_ Sous-corrrection MONO : OD OS

Examen post-opératoire : 1 jour 7 jours 1 mois 3-6 mois 1 année Autre \_\_\_\_\_

	OD						OS					
<b>Date de l'intervention</b>												
<b>Type d'intervention</b> Initiale ENH	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL
<b>Confort</b>	Bon	Inconfort	Sécheresse				Bon	Inconfort	Sécheresse			
<b>Médication</b>	Aucune _____			Larmes Artificielles _____			Aucune _____			Larmes Artificielles _____		
	Pred Forte _____			Ultra _____			Pred Forte _____			Ultra _____		
	Zymar _____			Autre _____			Zymar _____			Autre _____		
<b>AVNC</b>	Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/		Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/	
<b>Réfraction</b>	20/						20/					
	Normal		Particules				<input type="checkbox"/>	Normal		Particules		
	KLD	1	2	3	Stries			<input type="checkbox"/>	KLD	1	2	3
	PEE	1	2	3	El max _____ mm			<input type="checkbox"/>	PEE	1	2	3
	Autre _____						<input type="checkbox"/>	AUTRE _____				
<b>Prochaine visite</b>	Je souhaite adresser ce patient de nouveau à LASIK MD pour : Une révision de retouche Un rendez-vous											
<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Semaines <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Premier ESC	Remarques :  Surveiller : Content Mécontent Prochain R-V Topos AR IOP OD _____ OS _____											

Date de l'examen (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_ Sous-corrrection MONO : OD OS

Examen post-opératoire : 1 jour 7 jours 1 mois 3-6 mois 1 année Autre \_\_\_\_\_

	OD						OS					
<b>Date de l'intervention</b>												
<b>Type d'intervention</b> Initiale ENH	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL	LASIK	KPR	ACW	AWO	FEMTO	CXL
<b>Confort</b>	Bon	Inconfort	Sécheresse				Bon	Inconfort	Sécheresse			
<b>Médication</b>	Aucune _____			Larmes Artificielles _____			Aucune _____			Larmes Artificielles _____		
	Pred Forte _____			Ultra _____			Pred Forte _____			Ultra _____		
	Zymar _____			Autre _____			Zymar _____			Autre _____		
<b>AVNC</b>	Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/		Bonne	Floue	Éblouissement (Nuit)	20/	20/	
<b>Réfraction</b>	20/						20/					
	Normal		Particules				<input type="checkbox"/>	Normal		Particules		
	KLD	1	2	3	Stries			<input type="checkbox"/>	KLD	1	2	3
	PEE	1	2	3	El max _____ mm			<input type="checkbox"/>	PEE	1	2	3
	Autre _____						<input type="checkbox"/>	AUTRE _____				
<b>Prochaine visite</b>	Je souhaite adresser ce patient de nouveau à LASIK MD pour : Une révision de retouche Un rendez-vous											
<input type="checkbox"/> Jours <input type="checkbox"/> Semaines <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> Premier ESC	Remarques :  Surveiller : Content Mécontent Prochain R-V Topos AR IOP OD _____ OS _____											