

# ÉVALUATION MÉDICALE POSTOPÉRATOIRE (APPENDICE 1)

**Ablation de surface (KPR ou PRK et ses variantes)**  
**KÉRATOMILEUSIE IN SITU AU LASER (LASIK ou FEMTO- LASIK)**  
**SMILE (Small Incision Lenticule Extraction)**  
**ou ReLEx (Refractive Lenticule Extraction)**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de chirurgie : \_\_\_\_\_

Préciser la technique : PRK    Trans-PRK    LASIK    Femto-LASIK    SMILE ou ReLEx

## ACUITÉ NON CORRIGÉE :

- Données préopératoires **en équivalent sphérique** (veuillez cocher)

OD     moins de 6 dioptries     plus de 6 dioptries

OS     moins de 6 dioptries     plus de 6 dioptries

- 3 mois postopératoire (date de l'examen : \_\_\_\_\_)

OD \_\_\_\_\_

OS \_\_\_\_\_

OU \_\_\_\_\_

- 6 mois ou 1 an postopératoire (date de l'examen : \_\_\_\_\_)

OD \_\_\_\_\_

OS \_\_\_\_\_

OU \_\_\_\_\_

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ◇ Y a-t-il des problèmes de halo ou d'éblouissement ?                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Y a-t-il des problèmes de vision nocturne ?                             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Y a-t-il des variations diurnes de la vision ?                          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Y a-t-il de la sécheresse oculaire modérée à sévère ?                   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Des médicaments oculaires sont-ils utilisés régulièrement ?             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Note-t-on la présence d'une opacité cornéenne ou grisaille (« haze ») ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Y a-t-il une perte subjective de la sensibilité au contraste ?          | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Signature de l'ophtalmologiste traitant : \_\_\_\_\_

Date jj/mm/aaaa : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# ÉVALUATION MÉDICALE POSTOPÉRATOIRE (APPENDICE 2)

## LENTILLES INTRAOCULAIRES PHAQUES (LIOP)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de chirurgie : \_\_\_\_\_

### **ACUITÉ VISUELLE NON CORRIGÉE et pression intraoculaire :**

#### **Lentilles intraoculaires phaques de chambre antérieure (*Artisan-Artiflex*)**

• 3 ou 6 ou 12 mois après l'implant de LIOP *Artisan-Artiflex* et date de l'examen : \_\_\_\_\_

OD \_\_\_\_\_ Pression intraoculaire : \_\_\_\_\_

OS \_\_\_\_\_ Pression intraoculaire : \_\_\_\_\_

OU \_\_\_\_\_

#### **Lentilles intraoculaires phaques de chambre postérieure (*VISIAN STAAR ICL*)**

#### **Préciser le modèle et la puissance de la LIO implantée :**

**OD :** \_\_\_\_\_ **OS :** \_\_\_\_\_

• 12 mois après l'implant de LIOP *VISIAN STAAR ICL* et date de l'examen : \_\_\_\_\_

OD \_\_\_\_\_ Pression intraoculaire : \_\_\_\_\_

OS \_\_\_\_\_ Pression intraoculaire : \_\_\_\_\_

OU \_\_\_\_\_

Dernière mesure de la « vault » et date de la mesure :

Résultat OD/OS : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **microns**      Date jj/mm/aaaa : \_\_\_\_\_

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ◇ Y a-t-il des problèmes de halo ou d'éblouissement ?                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Y a-t-il des problèmes de vision nocturne ?                             | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Y a-t-il de la sécheresse oculaire ?                                    | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Des médicaments oculaires sont-ils utilisés ?                           | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Note-t-on la présence de pigments ou dépôts significatifs sur les LIO ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Y a-t-il une perte de la sensibilité au contraste ?                     | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Signature de l'ophtalmologiste traitant : \_\_\_\_\_

Date jj/mm/aaaa : \_\_\_\_\_ Téléphone : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

# POSTOPERATIVE MEDICAL EXAMINATION (APPENDIX 1)

## SURFACE ABLATION (PRK or similar techniques) LASER ASSISTED IN SITU KERATOMILEUSIS (LASIK or FEMTO-LASIK) SMILE (Small Incision Lenticule Extraction) or ReLEx (Refractive Lenticule Extraction)

Last Name: \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

Date of the surgery: \_\_\_\_\_

Specify the technique: PRK    Trans-PRK    LASIK    Femto-LASIK    SMILE or ReLEx

### UNCORRECTED VISUAL ACUITY:

- Preoperative information in **spherical equivalent** (please check)

OD     less than 6.00 diopters     more than 6.00 diopters

OS     less than 6.00 diopters     more than 6.00 diopters

- 3 months postoperative (exam date: \_\_\_\_\_)

OD \_\_\_\_\_

OS \_\_\_\_\_

OU \_\_\_\_\_

- 6 months or 1 year postoperative (exam date: \_\_\_\_\_)

OD \_\_\_\_\_

OS \_\_\_\_\_

OU \_\_\_\_\_

- |   |                              |                             |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| ◇ Are there any halo or glare problems?                     | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Are there any problems seeing at night (night blindness)? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Are there any diurnal variations in vision?               | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Is there moderate to severe dry eyes?                     | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Is there regular use of eye medication?                   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Is there any corneal opacity or haze?                     | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Is there a subjective loss of contrast sensitivity?       | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Signature of the consulting ophthalmologist: \_\_\_\_\_

Date dd/mm/yyyy: \_\_\_\_\_ Telephone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## POSTOPERATIVE MEDICAL EXAMINATION (APPENDIX 2)

### PHAKIC INTRAOCULAR LENS IMPLANT (PIOL)

Last Name: \_\_\_\_\_

First Name: \_\_\_\_\_ Birth date: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Postal Code: \_\_\_\_\_

Date of the surgery: \_\_\_\_\_

#### **UNCORRECTED VISUAL ACUITY and intraocular pressure**

##### **Phakic intraocular lens implant in the anterior chamber (*Artisan – Artiflex*)**

- 3 or 6 or 12 months after implantation of the *Artisan-Artiflex* IOL & exam date: \_\_\_\_\_  
OD \_\_\_\_\_ Intraocular pressure: \_\_\_\_\_  
OS \_\_\_\_\_ Intraocular pressure: \_\_\_\_\_  
OU \_\_\_\_\_

##### **Phakic intraocular lens implant in the posterior chamber (*VISIAN STAAR ICL*)**

##### **Specify the model and refractive power of the implanted PIOL:**

**OD :** \_\_\_\_\_ **OS :** \_\_\_\_\_

- 12 months after implantation of the *VISIAN STAAR ICL* IOL & exam date: \_\_\_\_\_  
OD \_\_\_\_\_ Intraocular pressure: \_\_\_\_\_  
OS \_\_\_\_\_ Intraocular pressure: \_\_\_\_\_  
OU \_\_\_\_\_

Last **vault** measurement & date of measure:

Result OD/OS: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **microns**      Date dd/mm/yyyy: \_\_\_\_\_

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| ◇ Are there any halo or glare problems?                      | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Are there any problems seeing at night (night blindness)?  | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Is there moderate to severe dry eyes?                      | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Is there regular use of eye medication?                    | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Are there any significant pigments or deposits on the IOL? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Is there a loss of contrast sensitivity?                   | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Signature of the consulting ophthalmologist: \_\_\_\_\_

Date dd/mm/yyyy: \_\_\_\_\_ Telephone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_