

ÉVALUATION MÉDICALE POSTOPÉRATOIRE (APPENDICE 1)

KÉRATOTOMIE PHOTORÉFRACTIVE (PRK), KÉRATOTOMIE RADIAIRE (RK), KÉRATOMILEUSIE IN SITU AU LASER (LASIK) ET KÉRATOMILEUSIE ÉPITHÉLIALE AU LASER (LASEK)

Nom : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date de chirurgie : _____

ACUITÉ NON CORRIGÉE

• Données préopératoires (veuillez cocher)

OD moins de 6 dioptries plus de 6 dioptries

OS moins de 6 dioptries plus de 6 dioptries

• 3 mois postopératoire

OD _____

OS _____

OU _____

• 6 mois postopératoire

OD _____

OS _____

OU _____

◇ Y a-t-il des problèmes de halo ou de sensibilité à l'éblouissement? Oui Non

◇ Y a-t-il des problèmes de vision nocturne? Oui Non

◇ Y a-t-il des variations diurnes de la vision? Oui Non

◇ Des médicaments oculaires sont-ils utilisés? Oui Non

◇ Note-t-on la présence d'une opacité cornéenne? Oui Non

◇ Y a-t-il une perte de la discrimination au contraste? Oui Non

Signature de l'ophtalmologiste traitant : _____

Date : _____ Téléphone : (____) _____

ÉVALUATION MÉDICALE POSTOPÉRATOIRE (APPENDICE 2)

LENTILLES INTRAOCULAIRES PHAQUES (LIOP)

Nom : _____

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Date de chirurgie : _____

ACUITÉ NON CORRIGÉE

Lentilles intraoculaires phaques de chambre antérieure (*Artisan*)

- 6 mois après l'implant de LIOP *Artisan*

OD _____

OS _____

OU _____

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

- 12 mois après l'implant de LIOP *STAAR ICL*

OD _____

OS _____

OU _____

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ◇ Y a-t-il des problèmes de halo ou de sensibilité à l'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"/> |
| ◇ Des médicaments oculaires sont-ils utilisés? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Note-t-on la présence d'une opacité cornéenne? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ◇ Y a-t-il une perte de la discrimination au contraste? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Signature de l'ophtalmologiste traitant : _____

Date : _____ Téléphone : (____) _____

POSTOPERATIVE MEDICAL EXAMINATION (APPENDIX 1)

PHOTOREFRACTIVE KERATECTOMY (PRK), RADIAL KERATOTOMY (RK), LASER ASSISTED IN SITU KERATOMILEUSIS (LASIK) AND LASER EPITHELIAL KERATOMILEUSIS (LASEK)

Last Name : _____

First Name : _____ Birth date : _____

Address : _____

City : _____ Postal Code : _____

Date of the surgery : _____

NON-CORRECTED VISUAL ACUITY

• Preoperative information (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

OD _____
OS _____
OU _____

• 6 months postoperative

OD _____
OS _____
OU _____

◇ Do you experience glare sensitivity or see halos?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
◇ Do you have problems seeing at night (night blindness)?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
◇ Does your visual acuity vary within a one-day period?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
◇ Do you use any eye medication?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
◇ Is there any corneal opacity?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
◇ Is there any loss of contrast discrimination?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Signature of the consulting ophthalmologist : _____

Date : _____ 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 : _____

NON-CORRECTED VISUAL ACUITY

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

- 6 months postoperative

OD _____

OS _____

OU _____

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

- 12 months postoperative

OD _____

OS _____

OU _____

- | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| ◇ Do you experience glare sensitivity or see halos? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Do you have problems seeing at night (night blindness)? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Does your visual acuity vary within a one-day period? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Do you use any eye medication? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Is there any corneal opacity? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| ◇ Is there any loss of contrast discrimination? | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Signature of the consulting ophthalmologist : _____

Date : _____ Telephone : (____) _____