



# RAPPORT COMPLÉMENTAIRE À LA SUITE D'UNE CORRECTION DE LA VUE PAR CHIRURGIE

**Note (1) :** Faites remplir ce formulaire seulement si vous avez subi une correction de la vue par chirurgie.

**Note (2) :** Ce formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie.

1. IDENTIFICATION DU PATIENT			
Nom, prénom		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
2. CHIRURGIE			
Date de la chirurgie (aaaa-mm-jj)	Nombre de traitements effectués		
Technique utilisée	<input type="checkbox"/> PRK	<input type="checkbox"/> Lasik	LIOP* : modèle <input type="checkbox"/> Cachet Alcon ou <input type="checkbox"/> Visian ICL STARR
	<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		
3. EXAMEN VISUEL			
ACUITÉ VISUELLE			
PRÉOPÉRATOIRE			
Réfraction	OD	OS	Date (aaaa-mm-jj)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acuité visuelle avec correction	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Acuité visuelle sans correction	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dioptries	<input type="checkbox"/> moins de 6 <input type="checkbox"/> 6 et plus	<input type="checkbox"/> moins de 6 <input type="checkbox"/> 6 et plus	
POSTOPÉRATOIRE			
acuité visuelle à 3 mois	OD	OS	Date (aaaa-mm-jj)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
acuité visuelle à 6 mois	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12 mois -> LIOP seulement	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Y a-t-il des problèmes de sensibilité à l'éblouissement ou de halo?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, précisez :	<input type="text"/>		
Y a-t-il des problèmes de vision nocturne?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, précisez :	<input type="text"/>		
Y a-t-il une variation diurne de la réfraction?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, précisez :	<input type="text"/>		
Y a-t-il une perte de la sensibilité de l'acuité de contraste?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, précisez :	<input type="text"/>		
Note-t-on la présence d'une opacité ou cicatrice cornéenne?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, précisez :	<input type="text"/>		
4. IDENTIFICATION DE L'OPHTALMOLOGISTE TRAITANT			
Nom, prénom		Numéro de permis d'exercice	
Adresse (numéro, rue, appartement, ville, village ou municipalité, province, code postal)		Téléphone	
Signature		Date (aaaa-mm-jj)	

\* Pour la technique LIOP, il est obligatoire d'avoir le résultat de l'acuité visuelle de 12 mois, tel que spécifié à la sous-section POSTOPÉRATOIRE de la section 3.