

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 : _____