

*Professionnels de la santé, vous souhaitez nous adresser un patient ?
 Afin de mieux répondre à votre demande, merci de remplir le formulaire ci-dessous :*

Votre établissement

Coordonnées :
 Personne de contact :

Patient

Nom/Prénom :
 Coordonnées de contact :

Examens

Topographie Placido

Examen de la vue

En vue de : Lunettes Lentilles Basse vision Suivi Autre :
Spécificités : AV limitée Réfraction difficile / Cornée irrégulière Diplopie Inconfort/Maux de têtes Autre :

Bilan Inadaptation aux verres progressifs

Bilan Fatigue visuelle

(dépistage des phories + Skiascopie + réfraction subjective + examen de la vision binoculaire)

Bilan Meilleure acuité visuelle

(Pose d'une lentille sclérale sur cornée irrégulière ou suspecte, en vue de déterminer la meilleure acuité visuelle)

Essai Monovision (Adaptation et Délivrance de lentilles de contact pour essai avant la chirurgie)

Si vous avez déjà déterminé les valeurs à essayer merci d'indiquer :

Correction OD..... Cible..... / Correction OG..... Cible.....

Lentilles de contact

Adaptation et délivrance des lentilles de contact

Souple Rigide semi-sclérale Sclérale pas de préférence

Spécificités :

Correction importante Presbytie Ralentissement de la myopie Orthokératologie

Indications médicales :

Astigmatisme irrégulier/kératocône Greffe de cornée Post-chirurgie Post-infection/trauma.
 Œil sec pathologique(Sjögren, Lyell...) Paralysie faciale Lentille cosmétique Autre :

Contrôle de l'équipement lentilles de contact

Commentaires :

.....

