

Référence vers un médecin: _____

Nom du patient:		DDN:	Âge:
Adresse:		Ville:	Postal:
Numéro de tél.:		Cellulaire:	
Courriel:			
RAMQ:	Genre:	Ass. Privée:	

ATCDS médicaux / Allergies: _____

Date de l'examen: _____

Port du V de C? Oui__ Type: Souple__ Dur__ RGP__ Date du dernier port: _____

AV sans correction	Correction (l'âge de la Rx: _____)	Œil dominant
OD 20/___	OD _____ X _____ 20/___	OD
OS 20/___	OS _____ X _____ 20/___	OS

Réfraction manifeste

OD _____ X _____ 20/
OS _____ X _____ 20/

Réfraction cycloplégique

OD _____ X _____ 20/
OS _____ X _____ 20/

Diamètre de la Pupille

OD _____ / _____
OS _____ / _____
Lumière Sombre

Épaisseur de la cornée

OD _____
OS _____

PIO

OD _____
OS _____

Monovision Discuté? NON_ OUI_

Commentaires: _____

LAF:

OD

OS

Fond d'oeil:

Fond d'oeil:

Docteur(e) référant(e):		Numéro de pratique:
Adresse:		Courriel:
Tél:	Fax:	Commentaires: