

RAPPORT DE VISION

IDENTIFICATION DU CLIENT

Nom : _____ Téléphone : (____) _____
Adresse : _____ (____) _____
Ville : _____ No ass. maladie : _____
Code postal : _____ Sexe : Masculin Féminin

AUTORISATION

Par la présente, j'autorise _____
à fournir à LA CROISÉE, les renseignements demandés pour constituer mon dossier.

Signature : _____ Date : _____

1. Cause de la perte de vision : _____ O.U. _____
O.D. _____
O.S. _____

2. Autres diagnostics oculaires :

3. Maladie de l'organisme : Hypertension OUI _____ NON _____
Diabète Type 1 _____ Type 2 _____
AUTRE (prière de préciser) _____

4. Meilleure acuité visuelle après correction :
De loin : O.D. _____ De près : O.D. _____
O.S. _____ O.S. _____

5. Les champs visuels (périphériques et centraux) sont-ils affectés?
OUI _____ NON _____ SI OUI, VEUILLEZ JOINDRE LES GRAPHIQUES APPROPRIÉS.

6. Y a-t-il lieu de croire que la vision :
demeurera stable _____
se détériorera _____
s'améliorera _____

7. Le patient prend-il des médicaments? OUI _____ NON _____

Signature de l'ophtalmologiste ou de l'optométriste

Adresse

Date de l'examen _____

JOUR/MOIS/ANNÉE