RAPPORT DE VISION

IDENTIFICATION_____ DATE DE NAISSANCE :_____
NOM PRÉNOM JOUR/MOIS/ANNÉE

ADRESSE :_____ SEXE : M._____ F._____

_____ TÉL : (___)_____
VILLE PROVINCE CODE POSTAL

1. CAUSE DE LA PERTE DE VISION : O.D._____
O.S._____

2. AUTRES DIAGNOSTICS OCULAIRES :_____

3. MALADIES 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 (PÉRIPHÉRIQUE OU CENTRAL) 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-T-IL DES MÉDICAMENTS? OUI_____ NON_____

_____ _____
Signature de l'ophtalmologiste ou optométriste Signature du client

_____ Date de l'examen_____
Adresse JOUR/MOIS/ANNÉE
_____