Docteur

(NOM)(Prénom)

(Adresse)

(Code Postal)(Ville)

(Lieu), le (Date)

**Concerne :** (Madame/Monsieur) NOM/Prénom du patient), (Date de naissance du patient)

**Annexes :** (énumérer les annexes s’il y en a)

Docteur (Nom),

(Madame/Monsieur) (Nom du patient) est venu/e nous consulter le (date de l’examen), se plaignant (expliquer les plaintes du patient en 2-3 phrases bien détaillées).

Il/Elle porte actuellement (décrire le type d’équipement optique porté).

**Lunettes actuelles**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sphère** | **Cylindre** | **Axe** | **Addition** | **Vsc** | **Vcc** | **Vccbino** |
| **OD** |  |  |  |  |  |  |  |
| **OG** |  |  |  |  |  |  |

**Lentilles actuelles**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Correction** | **Type /Marque** | **Rayon** | **Ø** | **Matière** | **Vcc** | **Sur-réfraction** |
| **OD** |  |  |  |  |  |  |  |
| **OG** |  |  |  |  |  |  |  |

**Examens préliminaires**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cover-test VL | Unilatéral |  |
|  | Alterné |  |
|  | Subjectif |  |
| Cover-test VP | Unilatéral |  |
|  | Alterné |  |
|  | Subjectif |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Motilités |  |
| Saccades |  |
| Poursuites |  |
| Réflexes pupillaires |  |
| PPC | Bris : Recouvrement : |

Confrontations :

CV OG CV OD

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |

**Nouvelle réfraction**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sphère** | **Cylindre** | **Axe** | **Add.** | **Vcc** | **Vccbino** |
| **OD** |  |  |  |  |  |  |
| **OG** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OD** | **Examen du segment antérieur** | **OG** |
|  | Larmes |  |
|  | Paupières |  |
|  | Conjonctive bulbaire |  |
|  | Cornée |  |
|  | Conjonctive tarsale |  |
|  | Chambre antérieure |  |
|  | Angle selon Van Herick |  |
|  | Iris |  |
|  | Cristallin |  |
| **OD** | **Ophtalmoscopie** (décrire la méthode utilisée) | **OG** |
|  | C/D horizontal |  |
|  | C/D vertical |  |
|  | Rapport A/V |  |
|  | Pulsation veineuse |  |
|  | Reflet fovéolaire |  |
|  | Vaisseaux |  |
|  | Macula |  |
|  | Corps vitré |  |
|  | Périphérie |  |
|  | ISNT |  |
|  | Remarques |  |

Au vu des …(expliquer les résultats posant problème)… nous avons conseillé au patient/à la patiente de prendre un rendez-vous avec vous afin d’effectuer un bilan ophtalmologique complet. Je vous saurais reconnaissante de bien vouloir me faire parvenir un retour de vos résultats.

En vous remerciant d’avance pour la prise en change de notre patiente, je vous prie d’agréer, Docteur (Nom), mes salutations distinguées.

(Signature manuscrite)

(Prénom)(NOM)

(Titre)