



## CHIRURGIE RÉFRACTIVE POUR CORRECTION DE L'ACUITÉ VISUELLE

Nom		Numéro de dossier de Transports Canada		
Date de la chirurgie (aaaa-mm-jj)	Intervention chirurgicale			
Nombre de traitements		Dimension(s) de la/des surface(s) enlevée(s)		
<b>Données avant la chirurgie</b>	Acuité visuelle non corrigée	Réfraction + sphère	=	Acuité visuelle corrigée
O.D.			=	
O.L.			=	
Deux yeux			=	
<input type="radio"/> 30 jours (4 semaines) ou plus après la chirurgie	Acuité visuelle non corrigée	Réfraction + sphère	=	Acuité visuelle corrigée
<input type="radio"/> Rapport de suivi				
O.D.			=	
O.L.			=	
Deux yeux			=	
Utilisation de médicaments ophtalmiques	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Éblouissements ou « halo »	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Problèmes de vision nocturne	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Variation de la vision diurne	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Cornée voilée	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Commentaires				
Nom		Numéro de téléphone (999-999-9999)		
Adresse				
Date (aaaa-mm-jj)		Signature de l'ophtalmologiste/optométriste traitant		