

Tous ces renseignements demeurent confidentiels

**Renseignements personnels**

Sexe :  Homme  Femme

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
j m a

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Unité / Suite / Apart. \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province / État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone de préférence :**

Maison : \_\_\_\_\_  Bureau : \_\_\_\_\_  Cell. : \_\_\_\_\_

Si vous venez de l'extérieur et ne serez pas joignable à vos numéros de téléphone habituels, indiquez un numéro où nous pouvons vous joindre : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_

Occupation : \_\_\_\_\_ Détenez-vous un brevet pour piloter un avion?  Oui  Non

**La correction de la vue et vous**

Pour quelles raisons envisagez-vous la correction de la vue?

Sports  Occupation  Intolérance aux verres de contact  Se libérer des lunettes et/ou verres de contact

Autre : \_\_\_\_\_

Afin de nous aider à mieux comprendre vos besoins, listez ici vos activités préférées :

**Veillez indiquer les trois critères les plus importants pour vous en ce qui a trait à votre correction de la vue :**

Sécurité de l'intervention  Expérience du médecin  Prix  Les plus récentes technologies

Disponibilité de financement  Parler avec d'anciens patients

Autre : \_\_\_\_\_

Avez-vous visité d'autres centres pour la correction de la vue?  Oui  Non

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

## À propos de vos lunettes

Portez-vous actuellement des lunettes?  Oui  Non

Si oui, avez-vous la vue embrouillée ou vous arrive-t-il de voir des halos lorsque vous conduisez?  Oui  Non

Si vous connaissez la prescription de vos lunettes, indiquez-la ici :

Oeil droit (« OD ») : \_\_\_\_\_ Oeil gauche (« OS ») : \_\_\_\_\_

## À propos de vos verres de contact

Portez-vous actuellement des verres de contact?  Oui  Non

Si non et si vous avez déjà porté des verres de contact, veuillez énumérer les raisons pour lesquelles vous ne les portez plus :

Si vous portez des verres de contact, veuillez répondre aux questions suivantes :

Type :  Souple / jetable  Torique souple  Perméable au gaz  Rigide

Fréquence :  Tous les jours  Quelques jours/semaine  Sports/Activités sociales  Rarement

Depuis combien de temps portez-vous des verres de contact? \_\_\_\_\_

Quand avez-vous porté vos verres de contact pour la dernière fois? \_\_\_\_\_

Avez-vous la vue embrouillée ou vous arrive-t-il de voir des halos la nuit avec vos verres de contact?  Oui  Non

Si vous connaissez la prescription de vos verres de contact, indiquez-la ici :

Oeil droit (« OD ») : \_\_\_\_\_ Oeil gauche (« OS ») : \_\_\_\_\_

## Informations médicales

Allaitez-vous ou y a-t-il des chances que vous soyez enceinte?  Oui  Non

Veuillez indiquer tout problème de vision (autre que la nécessité de porter des verres correcteurs) :

Kératocône  Maladie cornéenne  Glaucome  Cataractes  Amblyopie (oeil paresseux)  Aucun

Y a-t-il des antécédents de kératocône ou de transplantation de la cornée dans votre famille?  Oui  Non

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale aux yeux?  Oui  Non

Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

**Avez-vous présentement ou avez-vous déjà eu ce qui suit :**

VIH  Oui  Non • Herpès de la cornée  Oui  Non

Maladie auto-immune  Oui  Non • Hépatite B ou C  Oui  Non

*(Lupus, arthrite rhumatoïde, colite, maladie de Crohn)*

Dépression ou anxiété  Oui  Non Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

Un évanouissement  Oui  Non Si oui, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_

.....  
Veuillez expliquer toute autre maladie ou condition médicale que vous avez : \_\_\_\_\_

Listez les médicaments que vous prenez actuellement : \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies à des médicaments spécifiques? \_\_\_\_\_