

À compléter par l'optométriste

Lors de l'examen de la vue en clinique suite à un dépistage en milieu préscolaire

Période septembre 2021-août 2022

Informations sur l'enfant

ÉCOLE de l'enfant: _____

Âge de l'enfant:

Date d'examen en clinique: ____/____/____

4 ans 5 ans 6 ans

Diagnostic(s) optométrique(s)

Cocher tous les choix applicables

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hypermétropie | <input type="checkbox"/> Amblyopie |
| <input type="checkbox"/> Strabisme | <input type="checkbox"/> Astigmatisme |
| <input type="checkbox"/> Myopie | <input type="checkbox"/> Anisométrie |
| <input type="checkbox"/> Nécessite une correction optique | <input type="checkbox"/> Examen fait sous cycloplégie |
| <input type="checkbox"/> Nécessite un traitement orthoptique | <input type="checkbox"/> Suivi demandé: |
| <input type="checkbox"/> Nécessite une référence en ophtalmologie | <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 1 an |

Commentaires supplémentaires de l'optométriste en clinique:

Timbre de l'optométriste en CLINIQUE:

CLINIQUE

RETOURNEZ CETTE FEUILLE À:

OPTO@ECOLEDELAVUE.CA ou 418-654-1576



**Fondation des
maladies de l'œil**
Voir • Savoir • Prévoir