

FEUILLE DE SUIVI DE DÉPISTAGE À COMPLÉTER PAR L'OPTOMÉTRISTE LORS DE L'EXAMEN DE LA VUE EN CLINIQUE (PÉRIODE SEPT. 2020 – AOÛT 2021)

ÉCOLE de l'enfant : _____

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

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"/> Nécessite une correction optique | <input type="checkbox"/> Anisométrie |
| <input type="checkbox"/> Nécessite un traitement orthoptique | <input type="checkbox"/> Examen fait sous cycloplégie |
| <input type="checkbox"/> Nécessite une référence en ophtalmologie | |
| <input type="checkbox"/> Myopie | |

Commentaires supplémentaires de l'optométriste en clinique :

Timbre de l'optométriste en CLINIQUE :

CLINIQUE

RETOURNEZ CETTE FEUILLE SEULEMENT À:
OPTO@ECOLEDELAVUE.CA ou 418-654-1576

