

QUESTIONNAIRE PREALABLE A UNE CONSULTATION EN ACCES DIRECT CHEZ UN ORTHOPTISTE

Pour les patients de 16 à 42 ans ne portant pas de lunettes

NOM -PRENOM DU PATIENT :

DATE DE NAISSANCE :

CONTRE-INDICATIONS	OUI	NON
Avez-vous une pathologie ophtalmique diagnostiquée (glaucome, hypertension intraoculaire, pathologie rétinienne ou vitréenne, neuropathie optique, cataracte...) ?		
Avez-vous une excroissance ou tâche visible sur l'œil ou la paupière ?		
Avez-vous subi une chirurgie de l'œil ?		
Avez-vous subi un traumatisme de l'œil datant de moins de 3 ans ?		
Avez-vous déjà eu une maladie inflammatoire de l'œil ?		
Vous a-t-on diagnostiqué une amblyopie ?		
Avez-vous un strabisme ou un nystagmus ?		
Avez-vous du diabète ?		
Avez-vous une maladie auto-immune (Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ?		
Faites-vous de l'hypertension ?		
Avez-vous un syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ?		
Avez-vous une affection neurologique ?		
Avez-vous un cancer primitif de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ?		
Prenez-vous un des traitements suivant : <ul style="list-style-type: none">➤ corticoïdes➤ antipaludéens de synthèse➤ tout médicament qui, prit au long cours, peut entraîner des complications oculaires➤ médicaments à effet atropinique➤ traitement par chimiothérapie.		

DATE :

SIGNATURE DU PATIENT (ou du représentant légal pour les mineurs) :