

## HISTORIQUE OCULAIRE

Merci d'avoir choisi notre clinique pour le soin de vos yeux. Merci de répondre à ces brèves questions pour mieux vous servir :

1. Quand avez-vous consulté Optométriste ou Ophthalmologiste pour la dernière fois? \_\_\_\_\_
2. Portez-vous une correction :                      Lunette                      Verres de contacts                      Loin                      Près
3. Avez-vous actuellement l'un de ces symptômes? (veuillez entourer et précisez quel œil : D ou G)
4. Difficulté de Vision pour :      Lecture                      Conduire                      Nuit  
Douleur oculaire :      Superficielle      Intraoculaire      Intracrânienne                      Sensation de décharge  
Perte de Vision                      Vision Double                      Éblouissement/ Halos  
Flashes lumineux                      Corps flottants                      Sensibilité à la lumière  
Œil : rouge                      irrité                      brûlant                      larmoyant                      gratte                      collé le matin
5. Avez-vous déjà eu une blessure oculaire? Précisez: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Avez-vous eu une chirurgie oculaire? Précisez la procédure et sa date approximative:  
Œil Droit : \_\_\_\_\_  
Œil Gauche : \_\_\_\_\_
7. Avez-vous des antécédents de forte pression oculaire?                      OUI      NON
8. Utilisez-vous actuellement une médication pour vos yeux? Listez et précisez : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. Avez-vous actuellement un traitement pour l'une de ces affections? (veuillez entourer)  
ACV      Problème cardiaque                      Pression artérielle                      Maladie inflammatoire  
Diabète                      Cholestérol                      Sclérose en plaque                      Autre: \_\_\_\_\_
10. Prenez-vous d'autre médicament ? Listez lesquels : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Etes-vous allergique à certain médicaments? Listez lesquels: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Un membre de votre famille souffre-t-il de l'une des affections suivantes ? (veuillez entourer)  
Glaucome      Maladie de la rétine      Dégénérescence maculaire      autre : \_\_\_\_\_
13. Souhaitez-vous avoir de l'information sur un sujet en particulier? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_