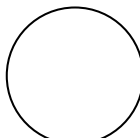
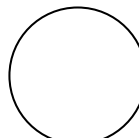


# ÉVALUATION POSTOPÉRATOIRE

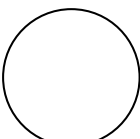
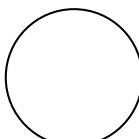
NOM : \_\_\_\_\_

 MONO Sous-correction  OD  OS

DATE DE L'EXAMEN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HEURE D'ARRIVÉE \_\_\_\_ HEURE DE DÉBUT \_\_\_\_ HEURE DE FIN \_\_\_\_

	OD	OS
<b>DATE DE L'INTERVENTION</b>	____ / ____ / ____ JOURS / SEMAINES / MOIS	____ / ____ / ____ JOURS / SEMAINES / MOIS
<b>INTERVENTION</b>	<input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> KPR <input type="checkbox"/> ACW <input type="checkbox"/> AWO <input type="checkbox"/> FEMTO <input type="checkbox"/> CXL	<input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> KPR <input type="checkbox"/> ACW <input type="checkbox"/> AWO <input type="checkbox"/> FEMTO <input type="checkbox"/> CXL
<b>CONFORT</b>	<input type="checkbox"/> BON <input type="checkbox"/> INCONFORT <input type="checkbox"/> SÉCHERESSE	<input type="checkbox"/> BON <input type="checkbox"/> INCONFORT <input type="checkbox"/> SÉCHERESSE
<b>MÉDICATION</b>	<input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> LARMES ARTIFICIELLES <input type="checkbox"/> PRED FORTE <input type="checkbox"/> ULTRA <input type="checkbox"/> ZYMAR <input type="checkbox"/> AUTRE _____	<input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> LARMES ARTIFICIELLES <input type="checkbox"/> PRED FORTE <input type="checkbox"/> ULTRA <input type="checkbox"/> ZYMAR <input type="checkbox"/> AUTRE _____
<b>AVNC</b>	<input type="checkbox"/> BONNE <input type="checkbox"/> FLOUE <input type="checkbox"/> ÉBLOUISSEMENT (NUIT) 20/ 20/	<input type="checkbox"/> BONNE <input type="checkbox"/> FLOUE <input type="checkbox"/> ÉBLOUISSEMENT (NUIT) 20/
<b>RÉFRACTION</b>	20/	20/
	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> PARTICULES <input type="checkbox"/> KLD 1 2 3 <input type="checkbox"/> STRIES <input type="checkbox"/> PEE 1 2 3 <input type="checkbox"/> EI MAX ____mm <input type="checkbox"/> AUTRE	
<b>PROCHAINE VISITE</b>  _____  JOURS SEMAINES MOIS PREMIER ESC	<b>REMARQUES :</b> _____ IOP OD____ OS____  <input type="checkbox"/> CONTENT <input type="checkbox"/> MÉCONTENT PROCHAIN R-V <input type="checkbox"/> TOPOS <input type="checkbox"/> AR MD_____ OD_____ OT/RT_____	

DATE DE L'EXAMEN \_\_\_\_ HEURE D'ARRIVÉE \_\_\_\_ HEURE DE DÉBUT \_\_\_\_ HEURE DE FIN \_\_\_\_

	OD	OS
<b>DATE DE L'INTERVENTION</b>	____ / ____ / ____ JOURS / SEMAINES / MOIS	____ / ____ / ____ JOURS / SEMAINES / MOIS
<b>INTERVENTION</b>	<input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> KPR <input type="checkbox"/> ACW <input type="checkbox"/> AWO <input type="checkbox"/> FEMTO <input type="checkbox"/> CXL	<input type="checkbox"/> LASIK <input type="checkbox"/> KPR <input type="checkbox"/> ACW <input type="checkbox"/> AWO <input type="checkbox"/> FEMTO <input type="checkbox"/> CXL
<b>CONFORT</b>	<input type="checkbox"/> BON <input type="checkbox"/> INCONFORT <input type="checkbox"/> SÉCHERESSE	<input type="checkbox"/> BON <input type="checkbox"/> INCONFORT <input type="checkbox"/> SÉCHERESSE
<b>MÉDICATION</b>	<input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> LARMES ARTIFICIELLES <input type="checkbox"/> PRED FORTE <input type="checkbox"/> ULTRA <input type="checkbox"/> ZYMAR <input type="checkbox"/> AUTRE _____	<input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> LARMES ARTIFICIELLES <input type="checkbox"/> PRED FORTE <input type="checkbox"/> ULTRA <input type="checkbox"/> ZYMAR <input type="checkbox"/> AUTRE _____
<b>AVNC</b>	<input type="checkbox"/> BONNE <input type="checkbox"/> FLOUE <input type="checkbox"/> ÉBLOUISSEMENT (NUIT) 20/ 20/	<input type="checkbox"/> BONNE <input type="checkbox"/> FLOUE <input type="checkbox"/> ÉBLOUISSEMENT (NUIT) 20/
<b>RÉFRACTION</b>	20/	20/
	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> PARTICULES <input type="checkbox"/> KLD 1 2 3 <input type="checkbox"/> STRIES <input type="checkbox"/> PEE 1 2 3 <input type="checkbox"/> EI MAX ____mm <input type="checkbox"/> AUTRE	
<b>PROCHAINE VISITE</b>  _____  JOURS SEMAINES MOIS PREMIER ESC	<b>REMARQUES :</b> _____ IOP OD____ OS____  <input type="checkbox"/> CONTENT <input type="checkbox"/> MÉCONTENT PROCHAIN R-V <input type="checkbox"/> TOPOS <input type="checkbox"/> AR MD_____ OD_____ OT/RT_____	