Informations complémentaires pour l'ergothérapeute spécialisée en basse-vision

Les informations figurant sur cette page sont destinées exclusivement à l'ergothérapeute et ne doivent pas être transmises à l'assurance-maladie.

Identité

Nom

Prénom

Date de naissance

Diagnostic

OD :

OG :

Lunettes portées actuellement

1ère paire :

	sph	cyl	axe	add	prisme	base	AV
OD :							
OG :							

2ème paire :

	sph	cyl	axe	add	prisme	base	AV
OD :							
OG :							

Dernière réfraction

Date : _____

	sph	cyl	axe	add	prisme	base	AV dist	AV près
OD :								
OG :								

Champ visuel

À joindre svp, si disponible

Remarques / demande particulière

Date et signature du médecin :