

Procès-verbal de suivi

Monsieur Madame _____

Date: _____

Déclarations du porteur de lentilles de contact

Qualité de vue avec les lentilles de contact	<input type="checkbox"/> très bonne	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> acceptable, occasionnellement floue
Manipulation des lentilles de contact	<input type="checkbox"/> simple	<input type="checkbox"/> acceptable	<input type="checkbox"/> compliquée
Durée de port	<input type="checkbox"/> < 12 heures	<input type="checkbox"/> 12 à 16 heures	<input type="checkbox"/> > 16 heures
	<input type="checkbox"/> occasionnellement la nuit	<input type="checkbox"/> fréquemment la nuit	_____ fois par semaine la nuit
	Durée de port confortable: _____ heures/jour		
Confort immédiat avec des lentilles de contact neuves	<input type="checkbox"/> très bon	<input type="checkbox"/> bon, occasionnellement inconfortable	<input type="checkbox"/> inconfortable
Confort immédiat avec des lentilles de contact nettoyées	<input type="checkbox"/> agréable	<input type="checkbox"/> légers picotements	<input type="checkbox"/> désagréable
Confort de port à la fin de la journée	<input type="checkbox"/> très bon, imperceptible	<input type="checkbox"/> bon, occasionnellement perceptibles	<input type="checkbox"/> inconfortable
Sensation après retrait des lentilles de contact	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> légère irritation faiblissante	<input type="checkbox"/> irritation persistante
Impression générale personnelle	<input type="checkbox"/> excellente	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> acceptable <input type="checkbox"/> inacceptable

Évaluation par l'adaptateur

Acuité visuelle	À droite: _____	À gauche: _____	binoculaire: _____	<input type="checkbox"/> accros
Surface des lentilles de contact	<input type="checkbox"/> propre	<input type="checkbox"/> léger dépôt	<input type="checkbox"/> colorée	<input type="checkbox"/> non réutilisable
	<input type="checkbox"/> bord défectueux	<input type="checkbox"/> rayée		
	Autre: _____			
Siège des lentilles de contact	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> trop rigide	<input type="checkbox"/> trop souple	<input type="checkbox"/> décentré
Cornée	<input type="checkbox"/> résultat négatif	<input type="checkbox"/> légère irritation	<input type="checkbox"/> forte irritation	
Vascularisation/invasion vasculaire	<input type="checkbox"/> résultat négatif	<input type="checkbox"/> occasionnellement	<input type="checkbox"/> régénération des vaisseaux	
Conjonctive bulbaire	<input type="checkbox"/> résultat négatif	<input type="checkbox"/> légère rougeur	<input type="checkbox"/> forte rougeur	
Conjonctive de la paupière	<input type="checkbox"/> résultat négatif	<input type="checkbox"/> légère rougeur	<input type="checkbox"/> forte rougeur	
Impression générale	<input type="checkbox"/> optimale	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> amélioration nécessaire	
Autre	_____			

Recommandation

Changement de lentilles de contact	<input type="checkbox"/> pas nécessaire	<input type="checkbox"/> recommandé	<input type="checkbox"/> nécessaire
Changement de matériel de lentilles de contact	<input type="checkbox"/> pas nécessaire	<input type="checkbox"/> recommandé	<input type="checkbox"/> nécessaire
Augmentation de la fréquence de changement	<input type="checkbox"/> pas nécessaire	<input type="checkbox"/> recommandé	<input type="checkbox"/> nécessaire
Changement de produit d'entretien	<input type="checkbox"/> pas nécessaire	<input type="checkbox"/> recommandé	<input type="checkbox"/> nécessaire
	Passage à : _____		
Nettoyage manuel supplémentaire	<input type="checkbox"/> pas nécessaire	<input type="checkbox"/> recommandé	<input type="checkbox"/> nécessaire
	avec : _____		
Nettoyage supplémentaire des protéines	<input type="checkbox"/> pas nécessaire	<input type="checkbox"/> recommandé	<input type="checkbox"/> nécessaire
	avec : _____		
Instaurer une pause de port, jusqu'au prochain contrôle de suivi, le: _____			
Réduction de la durée quotidienne de port à: _____ heures			

Signature/cachet de l'opticien