

Date : May 16<sup>th</sup> 2021 Nom : Janice Ayotte Date de naissance : May 9<sup>th</sup> 1993

Profession : N/A Courriel : jayotte@hotmail.com Qui vous a parlé de nous? Dr. Moresan

Quelle est la raison principale de votre visite : on and off blurred vision in eyes

Portez-vous des :  Lunettes :  Verres de contact  Aucun des deux

1-Depuis quand que vous avez vos lunettes? 6 months Date de votre dernier examen : 6 months

Avez-vous des problèmes avec vos lunettes NO  Loin  Proche  Les deux

2-Quels types de lunettes utilisez-vous :

Progressif  De loin  Lunettes double foyer  Solaires  Sport

Lecture seulement  Lunette sécurité  Lunette d'ordinateur

3-Avec vos lunettes actuelles, ressentez-vous des inconforts au niveau de : L'ajustement  Oui  Non

Confort de la vision  Oui  Non

4-Comment protégez-vous vos yeux des rayons UV et la lumière Bleu?

Lunette solaire à votre vue  Lunettes transitions  Clip solaire  Verre avec filtre bleu

Lunette solaire sans prescription  Aucune protection

5-Combien d'heure par jour êtes-vous devant un écran (ex : ordinateur, tablette, cellulaire) 4 hours

6-Quelles sont les activités que vous pratiquez :

Vélo  Natation  Golf  Moto  Marche

Lire  Ordinateur  Loisir nautique  Voyager  Piano, Peinture

7-Avez-vous ou sentez-vous:

Les yeux secs  Allergie saisonnière  Larmoiements  Yeux qui piquent  Vision double

Yeux qui coulent  Yeux qui chauffent  Yeux qui piquent

8-Avez-vous :

Haute pression  Diabète :  Cholestérol  Corps flottants

Glaucome  Cataracte  DM/LA  Allergie à : \_\_\_\_\_

Arthrite  Thyroïdes  Chirurgie aux yeux

9-Liste des médicaments : ventoline, Aventyl

10- Recommandation de l'optométriste : \_\_\_\_\_

Signature : Janice Ayotte