

LE CENTRE DE L'ŒIL ET DE LA VISION
L'UNIVERSITÉ MCPHS

10 LINCOLN SQUARE
WORCESTER MA 01608
T : 508-373-5830 F : 508-519-5512

Prénom : _____ Date : ____/____/____
Nom préféré : _____ Date de naissance : ____/____/____
Pronom préféré : Son/Lui Elle/Elle Ils/Eux Autre : _____ Âge : _____
Adresse : _____ Sexe à la naissance : H / F
Numéro de téléphone préféré : _____ Sexe : _____

Nom du médecin de premier recours : _____ Dernier examen médical : _____
Adresse du médecin de premier recours : _____
Nom/Emplacement/Téléphone de la pharmacie : _____

Quelle est la raison de l'examen d'aujourd'hui ? Veuillez encercler la réponse appropriée : O = Oui N = Non

O / N Flou	O / N Yeux rouges	O / N Maux de tête	O / N Verres cassés
O / N Perte de vision	O / N Sortie	O / N Clignement	Autre : _____
O / N Fatigue d'ordinateur	O / N Douleur oculaire	O / N Corps flottants	
O / N Sécheresse oculaire	O / N Démangeaisons	O / N Double Vision	

Historique des yeux :

Dernier examen de la vue : _____ Nom et emplacement du médecin ? _____
Portez-vous actuellement des lunettes ? O / N Quel âge ont vos lunettes actuelles ? _____
Portez-vous actuellement des lentilles de contact ? O / N

Avez-vous ou avez-vous déjà été traité pour l'un des problèmes suivants ?

O / N Glaucome	O / N Cataractes	O / N Maladie rétinienne
O / N Dégénérescence maculaire	O / N Œil paresseux	
O / N Tour des yeux	O / N Décollement de rétine	
O / N Avez-vous eu une blessure à l'œil ?	Si oui, expliquez : _____	
O / N Avez-vous subi des opérations oculaires ?	Si oui, expliquez : _____	
O / N Avez-vous suivi une thérapie visuelle ?	Si oui, expliquez : _____	
O / N Prenez-vous des médicaments pour les yeux ?	Si oui, lesquels ? _____	

Antécédents médicaux :

Avez-vous ou avez-vous déjà été traité ?

O / N Diabète	O / N Maladie thyroïdienne	O / N Hépatite
O / N Hypertension artérielle	O / N Neurologique/Maux de tête	O / N Sinus/allergie
O / N Taux de cholestérol élevé	O / N Tuberculose	O / N Immunodépression
O / N Maladie cardiaque	O / N Cancer	Autre : _____
O / N Problèmes respiratoires	O / N Troubles sanguins	
O / N Arthrite/douleurs articulaires	O / N VIH	

Avez-vous une toux active ou de la fièvre ? O / N
Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? O / N

Veillez énumérer tous les médicaments et vitamines prescrits et en vente libre que vous prenez :

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Avez-vous des allergies aux médicaments ? O / N

Si oui, précisez l'allergène(s) et la réaction :

REVUE DES SYSTÈMES : Rencontrez-vous actuellement l'un des problèmes suivants ?

Veillez encercler tout ce qui s'applique :

Fièvre	Douleur abdominale	Douleurs ou raideurs articulaires	Perte auditive
Fatigue	Lésions génitales	Faiblesse articulaire	Mal de gorge
Perte/gain de poids	Urination fréquente	Paralysie	Chute de cheveux
Frissons	Douleur à la miction	Engourdissement	Changements menstruels
Intolérance à la chaleur/au froid	Sang dans les urines	Maux de tête	Soif excessive
Douleurs à la poitrine	Éruptions cutanées	Crises	Faim excessive
Palpitations	Sécheresse excessive de la peau	Tremblements	Ecchymoses excessives
Essoufflement	Bosses ou des excroissances de la peau	Vertiges	Glandes ou ganglions enflés
Respiration sifflante	Démangeaisons	Dépression	Caillots sanguins
Brûlures d'estomac	Changements de couleur de peau	Anxiété	
Constipation		Changements d'humeur	
Diarrhée		Changements de mémoire	
Nausée			

Antécédents médicaux/oculaires familiaux :

L'un des membres de votre famille immédiate a-t-il déjà été traité ?

O / N	Diabète	O / N	Thyroïde	O / N	Œil paresseux
O / N	Hypertension artérielle	O / N	Maladie rétinienne	O / N	Tour des yeux
O / N	Maladie cardiaque	O / N	Cécité	Autre : _____	
O / N	Taux de cholestérol élevé	O / N	Glaucome		
O / N	Cancer	O / N	Dégénérescence maculaire		