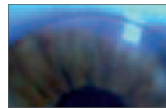


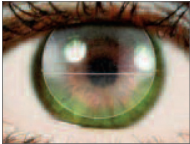
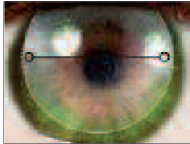

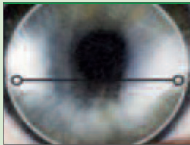
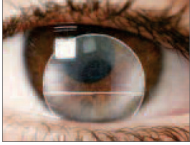
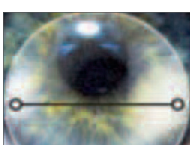

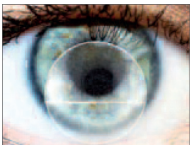
N° client /téléphone		Référence porteur	
Paramètres des premières lentilles essayées :			
OD :		OG :	
Matériau :			
Contrôle effectué après un minimum de 4h de port pour un résultat optimal			
Ressenti du porteur :			
OD	Acuités visuelles brutes		OG
/10	VL	/10	
/10	VP*	/10	
Port de tête habituel : Normal <input type="checkbox"/>	Menton relevé <input type="checkbox"/>	Menton abaissé <input type="checkbox"/>	
Hauteur bas de pupille / paupière inférieure :		OD	OG
OD	Réfraction complémentaire et acuité visuelle		OG
/10	AV VL	Bino : /10	/10
		VI	
/10	AV VP	Bino : /10	/10

*SI AV VP mauvaise : Contrôle translation en position de lecture relever doucement la paupière supérieure

Bonne OD OG



Mauvaise OD OG

<p>① Centrage LC position primaire Décentrée vers le haut</p>  <p>OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p>	<p>② Position points d'alignement Dans les 2/3 sup de la pupille</p>  <p>OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p>	<p>④ Amplitude de mouvement</p> <p style="text-align: right;">Faible OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Normale OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Importante OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p>
<p>En appui sur la paupière inférieure ou tangente au limbe</p>  <p>OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p>	<p>Bien positionné dans le 1/3 inférieur de la pupille ou tangent pupille</p>  <p>OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p>	<p>⑤ Mouillabilité</p> <p style="text-align: right;">Bonne OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Mauvaise OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p>
<p>Glisse sous la paupière inférieure</p>  <p>OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p>	<p>Trop bas sous pupille</p>  <p>OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p>	<p>⑥ Image fluorescéinique après recentrage de la lentille</p>  <p style="text-align: right;">Serrée OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/> De /10 /10</p> <p style="text-align: right;">Serrée 5/100 OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Alignée OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Plate OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/> De /10 /10</p>
<p>En appui sur la paupière inférieure située sous le limbe</p>  <p>OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p>	<p>③ Mobilité</p> <p style="text-align: right;">Rapide OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Lente OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/></p>	

ENVOYER