

Compte client		Référence porteur		N° du BL	
Nom de l'adaptateur		Adresse e-mail		Date	
Confort / Satisfaction porteur		Nb de jours de port		Temps de port :	
Bilan					

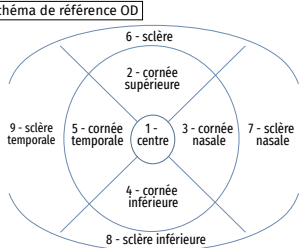
Lentilles portées*					
Matériau + teinte de manipulation		OD :		OG :	
Géométrie	<input type="checkbox"/> Sphérique	<input type="checkbox"/> Torique externe	<input type="checkbox"/> Torique interne	<input type="checkbox"/> Bitorique	
Gamme	<input type="checkbox"/> PRE PERFORM	<input type="checkbox"/> PRE AS XL / Enfant / Jeune	<input type="checkbox"/> PRE DS	<input type="checkbox"/> PR2	<input type="checkbox"/> MVB
Produits utilisés	<input type="checkbox"/> OXYClean	<input type="checkbox"/> B5	<input type="checkbox"/> AQUADROP+	<input type="checkbox"/> ProCare	<input type="checkbox"/> Autre :
Paramètres	OD :			OG :	
Acuités visuelles	OD :			OG :	
Réfraction complémentaire	OD :			OG :	

Observations au biomicroscope	OD	OG
-------------------------------	----	----

Si lentille torique, indiquer l'axe de stabilisation du ou des points de repère

Centrage vertical*	Haut	Bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Acceptable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Inacceptable (dépassement limbique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		La lentille redescend lorsque la paupière supérieure est dégagée	Oui Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Bas	Acceptable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Inacceptable (dépassement limbique)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Centrage horizontal*	Nasal	Bon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Acceptable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Temporal	Inacceptable (dépassement limbique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Acceptable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mobilité*	Inacceptable (dépassement limbique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Acceptable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Analyse fluo *	Centrale	Alignée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Serrée	De /100	De /100		
	Périphérique	Plate	De /100	De /100		
		Alignée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Insérer OD	Insérer OG	Méridien plat	<input type="checkbox"/> Serré <input type="checkbox"/> Plat	De /100	<input type="checkbox"/> Serré <input type="checkbox"/> Plat	De /100
		Méridien serré	<input type="checkbox"/> Serré <input type="checkbox"/> Plat	De /100	<input type="checkbox"/> Serré <input type="checkbox"/> Plat	De /100

Mouillabilité				
----------------------	--	--	--	--

Observations générales au biomicroscope		3h-9h	Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Oui		
		Si Kps (indiquer la partie concernée et le grade)		Position	Grade

Commentaires/questions