



Questionnaire préalable à votre consultation Ophtalmologique

Date de naissance :

Listez les médicaments que vous prenez

Fumez-vous ? :

ou joignez votre ordonnance :

Consommation d'alcool :

Autres consommations :

Antécédents généraux	OUI	NON
Asthme		
Diabète		
Hypertension artérielle		
BPCO		
AVC		
Problèmes de coeur		
Problèmes rénaux		
VIH		

Si vous êtes diabétique :

Année de découverte du diabète :

Insuline : Non / Oui depuis quelle année ?

Hémoglobine glyquée :

Listez chronologiquement vos opérations chirurgicales (hors ophtalmo) :

Quel est votre état de santé général ?

Avez-vous des allergies ? (médicaments, aliments, de contact, printanières ...)



Questionnaire préalable à votre consultation Ophtalmologique

Antécédents Ophtalmologiques	OD	OG	Ressentez-vous ou avez-vous ressenti les symptômes suivants :	OD	OG
Tension oculaire (glaucome)			Vision floue		
DMLA			Vision déformée		
Décollement de rétine			Douleurs oculaires		
Chirurgie de la myopie/hypermétropie			Flash lumineux		
Chirurgie de la cataracte			Corps flottants		
			Voile / ombres		

Avez-vous un œil plus faible depuis l'enfance ?

Est-ce qu'il y a des maladies ophtalmologiques connues dans votre famille ? (glaucome, DMLA, décollement de rétine, rétinite pigmentaire ...)

Expliquez brièvement le problème que vous ressentez avec votre vue :

Quand avez-vous consulté un ophtalmologiste pour la première fois pour ce problème ?

Quand avez-vous consulté un ophtalmologiste pour la dernière fois pour ce problème ?

Que vous a-t'il(elle) expliqué ?