

RAPPORT D'ÉVALUATION DU PATIENT DIABÉTIQUE

Évaluation oculo-visuelle du diabète

Médecin de famille :

Télécopieur / Adresse courriel du médecin :

Date:

Nom du patient:

Date de naissance :

Le patient sus-mentionné s'est présenté à mon cabinet pour un examen oculo-visuel complet durant lequel une évaluation détaillée de la santé oculaire a été faite sous dilatation pupillaire. Veuillez trouver un sommaire des résultats de cet examen ci-dessous :

Type de diabète :

- Type 1 (Insulino-dépendant)
 Type 2 (Non insulino-dépendant)

Diabète connu depuis _____ ans.

Acuité visuelle corrigée: OD: _____ OS: _____

Cataractes: OD: _____ OS: _____

Pression Intra-oculaire OD: _____ mmHg OS: _____ mmHg

Médication courante:

- Insuline
 Hypoglycémifiants oraux
 Hygiène de vie (diète)

FUNDUSCOPIE

OD: Aucune rétinopathie diabétique OS: Aucune rétinopathie diabétique

Rétinopathie diabétique non proliférative (RDNP)

- | OD | OS |
|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Légère | <input type="radio"/> Légère |
| <input type="radio"/> Modérée | <input type="radio"/> Modérée |
| <input type="radio"/> Sévère | <input type="radio"/> Sévère |

Rétinopathie diabétique proliférative (RDP)

- OD OS

Oedème maculaire diabétique (DME)

- OD OS

Commentaires:

En me basant sur les observations cliniques précédentes, je recommande:

- Un examen de contrôle dans _____ mois
 De référer le patient à _____
pour opinion et traitement

Il me fera plaisir de vous informer de tout changement significatif au portrait clinique de ce patient.

Optométriste ayant procédé à l'examen

Nom: _____

Adresse: _____

Ville/ Province: _____ Code Postal: _____

Courriel: _____ Téléphone: _____

En collaboration avec



CANADIAN ASSOCIATION OF OPTOMETRISTS
ASSOCIATION CANADIENNE DES OPTOMÉTRISTES

DIABETES
CANADA