

Commande de lentilles intraoculaires toriques



Type 313



Customized
 Standard

jaune

A REMPLIR PAR L'OPERATEUR

INFORMATIONS CONCERNANT L'OPERATEUR

Nom:	Prénom:
Cabinet/clinique:	Tél.:
Lieu:	Fax:

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT

Numéro de patient:	
Date de naissance:	Date prévue pour l'intervention:
OEIL: <input type="checkbox"/> OD (oeil droit)	<input type="checkbox"/> OS (oeil gauche)

IMPLANT DE CRISTALLIN ARTIFICIEL

Ast. induit par chirurgie (SIA) [D]:	endroit d'incision(IL) [°]:
--------------------------------------	-----------------------------

réfraction sphérique de l' IOL[D]:

Formule employée: Haigis HofferQ SRK II SRK/T

Valeurs mesurées(mm): <input type="checkbox"/> Ultrason <input type="checkbox"/> optique (p.ex. IOL-Master)	
Longueur axiale (mm):	Profondeur de la chambre antérieure (mm):

Rayons: <input type="checkbox"/> Topographe <input type="checkbox"/> IOL-Master		
	mm	Angle
K1 (plat)		
K2 (bombé)		

Visus SC:	
Visus CC:	
Réfraction subj. (Dpt):	
Réfraction ciblé (Dpt):	

Veuillez observer une période de carence des lentilles de contact d'au moins 2 semaines!

Champs obligatoires devant être remplis par l'opérateur!

TRAITEMENT DES INFORMATIONS PAR OCULENTIS (LE FORMULAIRE DE CALCUL SUIT)

Formulaire de commande traité par:	Date:
------------------------------------	-------



Mediconsult SA
Frohheimstrasse 2
9325 Roggwil
www.mediconsult.ch

Veuillez remplir et faxer en retour a:

Tél. ++41 71 454 70 20
Fax ++41 71 454 70 28