

N° client /téléphone	Réf. Porteur
----------------------	--------------


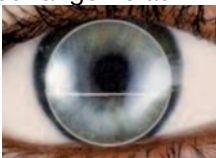
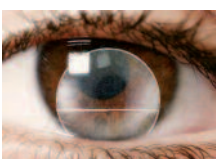

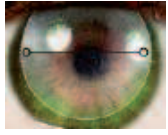
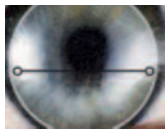
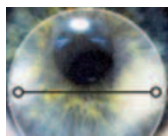

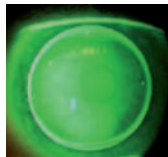
### Paramètres des premières lentilles essayées :

OD
OG
Matériau :

Contrôle effectué après **un minimum de 4h de port**

Ressenti du porteur :

OD	Acuités visuelles brutes	OG
/10	VL	/10
	VP*	
OD	Réfraction complémentaire et Acuité visuelle	OG
/10	VL	/10
	VI	
/10	VP	/10

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

Port de tête habituel : Normal  Menton relevé  Menton abaissé

Hauteur bas de pupille / paupière inférieure : OD  OG