

## RÉSULTATS DU CONTRÔLE DES YEUX DES PATIENTS DIABÉTIQUES

### COORDONNÉES PATIENT

Nom  
 Prénom  
 Rue / No  
 NPA / Lieu  
 No AVS  
 Date de naiss. Sexe  
 Téléphone Téléphone  
 E-mail

### DESTINATAIRE

GLN  
 RCC  
 E-mail

### INFORMATION OPHTHALMOLOGUE

Premier examen de contrôle ophtalmologique
  Contrôle de suivi, informations relatives à l'évolution

#### Observations/Diagnostic

<input type="checkbox"/> Pas de rétinopathie diabétique	Acuité visuelle	<b>D</b>	Acuité visuelle (corrigée)	<b>D</b>
<input type="checkbox"/> Rétinopathie légère à modérée	(corrigée)	<b>G</b>	lors du dernier contrôle	<b>G</b>
<input type="checkbox"/> Rétinopathie sévère non proliférante				
<input type="checkbox"/> Rétinopathie diabétique proliférante	Pression	<b>D</b>		
<input type="checkbox"/> Oedème maculaire diabétique	(normale 10–21 mmHg)	<b>G</b>		

#### Suite de la procédure

##### Traitement

	<b>D</b>	<b>G</b>
<input type="checkbox"/> Examens cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Injections anti-VEGF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stéroïdes intravitréens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Traitement au laser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Traitement chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### Intervalle de contrôle

3 mois
  6 mois
  12 mois

Le patient a rendez-vous chez nous le  
 Le patient a été orienté vers (modèle du médecin de famille: restituer le dossier au médecin de famille)  
 Demande de prise de contact  
 Le/la patient-e ne s'est pas manifesté(e) ou ne s'est pas présenté(e) au rendez-vous. Veuillez le/la contacter.

Remarques/Modifications  
 depuis la dernière visite

### OPHTHALMOLOGUE

Tél. Fax  
 GLN RCC  
 E-mail

**Signature** (inutile en cas de transmission électronique)

Date

### TRANSMISSION ÉLECTRONIQUE