

A l'attention de l'ophtalmologiste

Cher(e) confrère,

**Vous allez rencontrer et examiner Madame, Monsieur _____ ,
 âgé de ___ ans, atteint d'une dégénérescence spinocérébelleuse.**

Dans le cadre d'une enquête épidémiologique menée par le Conseil Médical et Paramédical des 3 associations, AFAF, CSC et ASL, pourriez-vous remplir cette fiche que le patient se chargera de renvoyer ?

		OUI	NON
1) Amétropie	Myopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hypermétropie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Astigmatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presbytie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Prisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Port de Correction optique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Acuité visuelle asc	Œil droit	/10 ; Parinaud	
	Œil gauche	/10 ; Parinaud	
4) Existence d'une photophobie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Existence d'une diplopie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Présence d'une atrophie optique	Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Altération du champ visuel	Scotome central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Scotome paracentral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Binoculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Héméralopie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Vision des couleurs	Dyschromatopsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Mobilité	Paralyse oculomotrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Convergence	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> altérée
11) Mouvements oculaires anormaux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous remerciant vivement de votre précieuse collaboration, je vous prie d'agréer, cher(e) confrère, l'expression de mes salutations confraternelles.

Dr Georges Challe

A renvoyer à :

Fiche remplie par :

Cachet

**Dr Georges Challe
 Consultation d'ophtalmologie
 Bâtiment Babinski
 47 bd de l'Hôpital
 75013 PARIS
 Tel : 01 42 16 32 14
 georges.challe@psl.aphp.fr**