

PATIENT QUESTIONNAIRE

	Jamais	Certains	Souvent
Avez-vous des difficultés à passer d'une focalisation proche à une focalisation lointaine, ou vice-versa ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passez-vous du temps à l'extérieur ou en voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you spend time in front of screens (phone, tablet, Kindle, TV, computer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Passez-vous du temps devant des écrans (téléphone, tablette, Kindle, télévision, ordinateur) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous des lunettes de soleil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portez-vous des lunettes de soleil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des problèmes de vue avec vos lunettes et/ou vos lentilles de contact actuelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaitez-vous que vos lunettes soient :			
Plus mince	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poids plus léger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus durable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plus résistant aux rayures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Êtes-vous intéressé par une opération des yeux (Lasik, autre) ?

Avez-vous d'autres préoccupations dont vous aimeriez discuter aujourd'hui concernant votre vision, votre santé oculaire ou vos besoins en matière de lunettes ?

Notes des médecins