

(Merci de joindre l'ordonnance de traitement et emmener les lunettes le jour de la consultation)

Demande effectuée par (nom/lien avec le consultant):

le :

MON IDENTITE :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse du patient :

MON ENTOURAGE :

Mon médecin traitant est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon aidant familial est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon aidant professionnel est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

Mon tuteur/curateur est (nom prénom coordonnées mail/tel) :

MOTIF DE LA DEMANDE:

Motif détaillé:

1ère demande CHU

suivi(date dernière consultation)

Urgence

MOI: (cocher la ou les cases correspondantes)



□ Mal invalidantes □ Visuel □ Moteur □ Psychique □ Auditif □ Mental □ Autisme/TSA

	OUI	NON	Compléments d'informations
Je marche			
Je suis accompagné (e) d'un chien d'assistance			
Je me déplace en fauteuil roulant (présisez)			
Je peux m'installer sur une chaise seul (e)			
Je suis sensible aux bruits et à la lumière			
Je porte des appareillages (corset, attelles..)			
Je peux être agressif (ve)envers moi ou les autres			
J'ai déjà vu un (e) ophtalmologue			
J'ai déjà vu un (e) orthoptiste			

CONSULTATION MEDICALE ET PARAMEDICALE, MES CAPACITES :

	Oui	Non	Compléments d'informations
Je parle			
J'utilise un autre moyen de communication (précisez)			
Je peux tenir ma tête droite			
Je suis habitué(e) à recevoir des collyres			
J'accepte que l'on s'approche de mon visage			
Je peux exprimer la douleur			
Je sais reconnaître les lettres et les chiffres			
Je sais reconnaître les dessins			
Je peux répondre à une question simple			

CONSULTATION MEDICALE, MES SYMPTOMES :
(Il est impératif de répondre à toutes les questions)

	Oui	Non	Compléments d'informations
Je porte des lunettes			
J'ai une baisse de ma vision			
J'ai un problème dans mon champ de vision			
Je vois une tache noire fixe ou des « mouches volantes »			
J'ai des difficultés pour me déplacer dans la pénombre			
J'ai une vision déformée des objets			
J'ai une affection de la paupière			
J'ai les yeux rouges			
J'ai mal aux yeux			
J'ai fréquemment des maux de tête			
J'ai une vision double			
J'ai les yeux secs			
Je vois des flashes ou des éclairs lumineux			

INFORMATION ET BESOINS COMPLEMENTAIRES:

	Oui	Non	Compléments d'informations
Lors des soins, j'utilise un renforçateur <i>(objet qui motive)?</i> (Précisez)			
Trucs et astuces qui peuvent m'aider à me détendre (musique, peluche....) (Précisez)			
J'ai déjà utilisé le Méopa®/Kalinox ® <i>(gaz hilarant)</i> :			
J'ai un temps d'attention estimé à : (précisez)			
Je peux rester en position assise + (Précisez la durée)			
Je souhaite venir en consultation blanche avant ma consultation <i>(visite des locaux pour mieux appréhender les soins)</i>			
J'ai besoin d'outils pour préparer ma venue et m'habituer aux soins <i>(Photos des locaux, du matériel utilisé, séquençage de la consultation, kit d'habituation...)</i>			
Je sais où se situe le bâtiment d'ophtalmologie du CHU ?			
Je serai accompagné(e) lors de ma consultation ? (Pécisez)			
J'arriverai au CHU (précisez mode de transport)			
CONTRAINTES HORAIRES et JOUR (Précisez)			