ANNEXE 15*ter*

PRESCRIPTION MEDICALE POUR LENTILLES DE CONTACT

VIGNETTE O.A.

NOM: PRENOM:

DATE DE NAISSANCE :

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Réfraction des verres lunettes (à remplir obligatoirement – vertex : 12mm)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D | SPH | CYL | AXE | G | SPH | CYL | AXE |
| LOIN |  |  |  | LOIN |  |  |  |
| INTER |  |  |  | INTER |  |  |  |
| PRES |  |  |  | PRES |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ADD |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ADD |  |

EQUIPEMENT

LENTILLES DE CONTACT OPTIQUES (groupe 1)

Lentilles souples  Sphériques Lentilles rigides  Sphériques

Toriques Toriques

LENTILLES DE CONTACT SPECIFIQUES pour CORNÉE IRREGULIÈRE (groupe 2)

Souples ou hybrides Rigides cornéennes Rigides cornéo-sclérales Sclérales optiques

LENTILLES DE CONTACT PARTICULIÈRES FAITES SUR MESURE (groupe 3)

Souple à iris opaque

Souple à pupille opaque

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| OUI |  | NON |  |

INDICATION MEDICALE selon Art. 30 de la nomenclature

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cachet du prescripteur |  | Signature et date |
|  |  |  |

E-mail du prescripteur :

Réfraction lentilles de contact (à remplir obligatoirement par l’adaptateur des lentilles)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D | SPH | CYL | AXE | BC | DIA | G | SPH | CYL | AXE | BC | DIA |
| LOIN |  |  |  |  |  | LOIN |  |  |  |  |  |
| ADD |  |  |  |  |  | ADD |  |  |  |  |  |

SPECIFICATIONS LENTILLES DE CONTACT adapté par OPHTALMOLOGUE  OPTICIEN

Lentille de contact souple  Lentille de contact rigide

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DROITE | GAUCHE |
| MATERIAU |  |  |
| DESIGN |  |  |
| FINITION DE BORD |  |  |
|  |  |  |
| OPTICAL ZONE |  |  |
| BASE CURVE |  |  |
| DIAMETRE TOTAL |  |  |
| PARAMETRES SUPPLEMENTAIRES |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cachet de l’ophtalmologue Ou de l’opticien |  | Signature et date |
|  |  |  |

E-mail de l’opticien :