

## Exemple de questionnaire portant sur les antécédents

Votre optométriste apprécierait un bref aperçu de vos antécédents médicaux personnels afin de faciliter l'examen. Veuillez répondre à chacune des questions suivantes de la meilleure façon possible. Pour les parents, si votre enfant est examiné aujourd'hui, veuillez revoir ces questions pour votre fils ou votre fille.

*\*Veuillez noter que toutes les questions relatives aux antécédents familiaux s'adressent uniquement aux parents « de sang » (par exemple, la mère, le père, les frères et sœurs et les enfants).*

### 1. Motif de la consultation

	Examen annuel des yeux
	Intérêt pour les lentilles de contact
	Vision trouble
	Lunettes cassées/perdues
	Autre :

### 2. Antécédents du port des lentilles de contact. (Pour les porteurs actuels de lentilles de contact)

A. Type de lentille	
	souple
	perméable aux gaz
	torique
	jetable
B. Périodicité de port des lentilles	
	port occasionnel (une fois par semaine ou moins)
	port quotidien à temps partiel (moins de quatre fois par semaine)
	port quotidien à plein temps (quatre à sept fois par semaine)
	port prolongé (port de nuit occasionnel ou régulier)
C. Âge actuel des lentilles	
	_____ mois

D. Solutions pour le nettoyage, le rinçage, la désinfection et le stockage des lentilles :	

3. Antécédents oculaires personnels

A. Avez-vous déjà subi une opération des yeux?			
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
B. Avez-vous déjà eu une infection ou une inflammation des yeux?			
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
C. Avez-vous, ou un membre de votre famille, eu			
<input type="checkbox"/>	opération des yeux		
<input type="checkbox"/>	œil paresseux (amblyopie)		
<input type="checkbox"/>	œil tourné (strabisme)		
<input type="checkbox"/>	correction des yeux		
<input type="checkbox"/>	glaucome		
<input type="checkbox"/>	autre		

4. Antécédents médicaux personnels

A. Est-ce que vous ou votre famille immédiate avez été traités pour l'une des affections suivantes?			
<input type="checkbox"/>	acné rosacée	<input type="checkbox"/>	asthme
<input type="checkbox"/>	SIDA/VIH	<input type="checkbox"/>	anévrismes
<input type="checkbox"/>	allergies	<input type="checkbox"/>	spondylarthrite ankylosante
<input type="checkbox"/>	anémie	<input type="checkbox"/>	anxiété
<input type="checkbox"/>	athérosclérose	<input type="checkbox"/>	troubles sanguins
<input type="checkbox"/>	maladie intestinale	<input type="checkbox"/>	dépression
<input type="checkbox"/>	cancer	<input type="checkbox"/>	diabète
<input type="checkbox"/>	épilepsie	<input type="checkbox"/>	maladie cardiaque
<input type="checkbox"/>	hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	hyperlipidémie
<input type="checkbox"/>	hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	maladie rénale
<input type="checkbox"/>	lupus	<input type="checkbox"/>	migraine
<input type="checkbox"/>	sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	polyarthrite rhumatoïde
<input type="checkbox"/>	sarcôïdose	<input type="checkbox"/>	syphilis
<input type="checkbox"/>	tuberculose	<input type="checkbox"/>	

B. Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance ou des pilules pour tout problème de santé? Veuillez énumérer :			
C. Êtes-vous actuellement enceinte?			
<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non
D. Quand avez-vous consulté votre médecin de famille pour la dernière fois?			
<input type="checkbox"/>	moins d'un an		
<input type="checkbox"/>	1 à 2 ans		
<input type="checkbox"/>	plus de 2 ans		