

Formulaire d'histoire de cas pour les urgences oculaires

Nom du patient :	Date:
Motif principal de consultation :	
Quel œil?	
Portez-vous des lentilles de contact? <ul style="list-style-type: none">• Sont-elles là maintenant?• De quel type sont-elles?	
Quand cela a-t-il commencé ou s'est-il produit?	
S'améliore-t-il, empire-t-il ou reste-t-il le même?	
Avez-vous mal? <ul style="list-style-type: none">• Où la douleur est-elle localisée?• Décrivez ce que vous ressentez• Avez-vous l'impression que quelque chose est dans votre œil?	

Comment est votre vision?

- Normale?
- Si elle est anormale, veuillez la décrire

Êtes-vous sensible à la lumière?

Votre œil est-il rouge? Où se trouve la rougeur?

Avez-vous un écoulement de l'œil?

Qu'avez-vous fait, le cas échéant, pour traiter l'œil?