



DR. SHAWN POITRAS
 & ASSOCIATES / ASSOCIÉS

Vision and Health

What is the main reason for your visit today? Check-up Other: _____

Last eye exam _____

Do you wear glasses?..... Y N

Do you wear contact lenses?..... Y N

To assess unique visual needs please list your Occupation and/or Hobbies: _____

Our eyes are affected by many medical conditions and medications. Answering the following questions will help in providing you with an accurate and thorough eye health assessment.

Do you have or have you had any of the following?

Eyes

- Glaucoma..... Y N
- Cataract..... Y N
- Strabismus (crossed eye).... Y N
- Permanent Loss of Vision.... Y N
- Macular Degeneration..... Y N
- Ocular Herpes..... Y N
- Flashes of Light..... Y N
- Sandy or Dry Eyes..... Y N
- Itching Eyes..... Y N
- Eye Injury or Surgery..... Y N

Women

- Are you pregnant?..... Y N
- Are you breastfeeding?..... Y N

Systemic Health

- Heart Attack..... Y N
- High Blood Pressure..... Y N
- High Cholesterol..... Y N
- Frequent Headache..... Y N
- Previous Stroke..... Y N
- Multiple Sclerosis..... Y N
- Lupus..... Y N
- HIV..... Y N
- Thyroid Disease..... Y N
- Diabetes..... Y N
- Cancer..... Y N
- Rheumatoid Arthritis..... Y N
- Head trauma..... Y N

Other medical conditions not listed above? _____

Please list medications you take _____

Do you have allergies to medications? Yes No If Yes, which? _____

Do any blood relatives have: Blindness Crossed Eye Glaucoma Macular Degeneration



Antécédents médicaux

Quelle est la raison de votre visite? Examen régulier Autre: _____

Dernier examen oculaire? _____

Est-ce que vous portez des lunettes?..... O N

Est-ce que vous portez des verres de contact?..... O N

Si non, est-ce que vous êtes intéressé?..... O N

Profession / Métier: _____

Beaucoup de problèmes médicaux et de médicaments ont des effets sur nos yeux. Les réponses aux questions suivantes vous donneront une évaluation exacte et complète de la santé de vos yeux.

Est-ce que vous souffrez ou avez déjà souffert de problèmes de santé relevant des systèmes suivants?

Oculaire (Yeux)

Glaucome..... O N
Cataracte..... O N
Strabisme (yeux croches)..... O N
Perte de vision..... O N
Dégénérescence maculaire..... O N
Herpès de l'oeil..... O N
Éclairs de lumière..... O N
Sécheresse..... O N
Démangeaisons..... O N
Accident/Chirurgie de l'oeil..... O N

Les Femmes

Etes-vous enceinte?..... O N
Allaitiez-vous?..... O N

Systémique

Maladies du coeur..... O N
Hypertension..... O N
Taux élevé du cholestérol..... O N
Maux de tête fréquents..... O N
Accident vasculaire cérébral..... O N
La sclérose en plaques..... O N
Lupus..... O N
Infection au VIH..... O N
Glande thyroïde..... O N
Diabète..... O N
Cancer..... O N
Polyarthrite rhumatoïde..... O N
Traumatisme crânien..... O N

Tout autre condition médicale non énumérée _____

Énumérez les médicaments que vous prenez _____

Est-ce que vous avez des allergies aux médicaments? Oui Non Si oui, lesquels _____