

## DEMANDE D'EXAMENS BIOLOGIQUES DE LA SURFACE OCULAIRE

Etiquette ou :	Etablissement :	Prélèvement :
Nom :	Service ou Consultation :	Date :
Prénom :	Prescripteur :	Heure :
Date de naissance:      Sexe :	Préleveur :	Date prochaine consult:

<p style="text-align: center;"><b>ANTECEDENTS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Allergie    Type    <input type="checkbox"/> Alimentaire,    <input type="checkbox"/> respiratoire,    <input type="checkbox"/> cutanée      <input type="checkbox"/> Porteur de lentilles (années.....)</p> <p><input type="checkbox"/> Pathologies rhumatismales      <input type="checkbox"/> Maladie autoimmune, préciser.....      <input type="checkbox"/> Autre : .....</p> <p style="text-align: center;"><b>ENVIRONNEMENT</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tabac (années et nb)      <input type="checkbox"/> Climatisation      <input type="checkbox"/> Heures sur écran .....</p> <p><input type="checkbox"/> Animaux domestiques, précisez .....</p> <p><input type="checkbox"/> Antécédents d'infection oculaire      date de la dernière antibiothérapie .....</p> <p>Micro-organismes identifiés : .....</p>	<p style="text-align: center;"><b>Traitements en cours</b></p>
---	--

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

**Date de début :**      **Oeil concerné :**  droit     gauche

**Symptômes :**     démangeaisons     picôtements       sensation de corps étranger     douleur     brûlure

larmoiement     sécrétions claires     ou purulentes

douleur articulaire     bouche sèche     reflux gastro-oesophagien

**Signes :**     rougeur conjonctivale     follicules     papilles     rosacée     blépharite     MGD (maladie des glandes de Meibomius)

Score d'Oxford ..... Valeur du Schirmer ..... Valeur du BUT .....

### QUEL DIAGNOSTIC SUSPECTEZ-VOUS?

<input type="checkbox"/> SAC	<input type="checkbox"/> PAC	<input type="checkbox"/> AKC	<input type="checkbox"/> VKC	<input type="checkbox"/> MGD
<input type="checkbox"/> blépharite	<input type="checkbox"/> Syndrome sec	<input type="checkbox"/> Conjonctivite chronique	<input type="checkbox"/> Conjonctivite infectieuse	<input type="checkbox"/> Autre

### PRESCRIPTION : COCHEZ CI-DESSOUS LES EXAMENS DEMANDES

<input type="checkbox"/> <b>Dosage des IgE lacrymales</b> (inclut le dosage des IgE sériques et phadiatop à cocher ci-après)	<input type="checkbox"/> <b>Empreintes conjonctivales</b>	<input type="checkbox"/> <b>PCR virales :</b>
<input type="checkbox"/> <b>Phadiatop et IgE sériques</b>	<input type="checkbox"/> <b>Cytologie des sécrétions</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres précisez :</b>
<input type="checkbox"/> <b>Electrophorèse des protéines lacrymales</b>	<input type="checkbox"/> <b>Frottis conjonctival</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Recherche de Chlamydia</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Recherche de Demodex</b>	