

ANNEXE à L'ORDONNANCE POUR L'ERGOTHERAPIE

Nom, Prénom :

Précision du diagnostic :

OD :

OG :

Lunettes portées

| | sph | cyl | axe | add |
|----|-----|-----|-----|-----|
| OD | | | | |
| OG | | | | |

Dernière réfraction

| | sph | Cyl | Axe | add | AV loin | AV près |
|----|-----|-----|-----|-----|---------|---------|
| OD | | | | | | |
| OG | | | | | | |

Champ visuel : à joindre svp, si disponible

Remarques /Demande particulière :

Date et signature :