



Eye See...Eye Learn®

EYE EXAMINATION FORM

FORMULAIRE D'EXAMEN DE LA VUE

The white copy is kept by the optometrist, the yellow copy is to be returned to the school, and the pink copy is for the family or family physician - La copie blanche est pour l'optométriste, la jaune pour l'école et la rose est pour la famille ou le médecin de famille

Please use ballpoint pen and press firmly - Veuillez utiliser un stylo bille et appuyer fermement

IDENTIFYING INFORMATION - RENSEIGNEMENTS D'IDENTIFICATION

Student Name (Last, First) - Nom de l'étudiant (nom, prénom)

Name of School - Nom de l'école

Year of Birth - Année de naissance

Grade - Classe

Classroom Teacher - Enseignant

CASE HISTORY - ANTÉCÉDENT

Ocular History - Antécédents oculaires Normal Positive for - Positif pour: _____

Medical History - Antécédents médicaux Normal Positive for - Positif pour: _____

Family History - Antécédents familiaux Amblyopia - Amblyopie Strabismus - Strabisme Eye Disease - Maladie oculaire

Details - Détails: _____

Unaided Acuity OD 20 / ____ OS 20 / ____

Acuité sans correction OD 20 / ____ OS 20 / ____

Best Corrected OD 20 / ____ OS 20 / ____

Meilleure acuité visuelle OD 20 / ____ OS 20 / ____

Binocular Vision: Normal - Normale Abnormal - Anormale

Vision binoculaire: Normal - Normale Abnormal - Anormale

Details - Détails: _____

DIAGNOSIS - DIAGNOSTIC

Normal Myopia - Myopie Hyperopia - Hypermétropie Astigmatism - Astigmatisme Strabismus - Strabisme Amblyopia - Amblyopie

Other - Autre: _____

Please provide information on issues that may affect reading and learning - Veuillez donner l'information sur les problèmes qui pourraient influencer la lecture ou l'apprentissage

RECOMMENDATIONS - RECOMMANDATIONS

1. Corrective Lenses - Lentilles optalmiques: No - Non Yes - Oui

Glasses should be worn for - Les lunettes doivent être portées pour:

Constant Wear - Port régulier Near Vision - Vision de près Far Vision - Vision de loin May be Removed for Physical Education - Peuvent être ôtées pour l'éducation physique

2. Preferential seating recommended: No - Non Yes - Oui

Place préférentielle recommandée au sein de la classe:

Comments: _____
commentaires: _____

3. Recommended re-examination: 3 months mois 6 months mois 12 months mois Other: _____

Nouvel examen recommandé:

Autre: _____

Date of Exam: _____

Date de l'examen: _____

Print Name: _____

Nom en lettres moulées: _____

Optometrist - Optométriste

Address: _____

Adresse: _____

Signature: _____

Optometrist - Optométriste

Consent of Parent or Guardian - Consentement du parent ou du gardien

I agree to release this information on my child/ward to the appropriate school, health authorities and Eye See...Eye Learn® program - J'accepte que les présents renseignements concernant mon enfant/pupille soient transmis à l'école, aux autorités sanitaires et au programme Eye See...Eye Learn®

(Parent's/Guardian's Signature - Signature des parents/gardiens)

Is this my child's first eye exam? Yes No
Premier examen oculaire pour mon enfant? Oui Non

To find an optometrist - Pour trouver un optométriste: www.mb-opto.ca/find-an-optometrist

If you have any questions regarding this form, please contact the Manitoba Association of Optometrists
Si vous avez des questions concernant ce formulaire, veuillez communiquer avec l'Association des optométristes du Manitoba

204-943-9811 ♦ mao@mb-opto.ca ♦ www.mb-opto.ca

This section to be completed by the Optometrist - Cette section doit être complétée par l'optométriste