



FONDATION OPHTALMOLOGIQUE ADOLPHE DE ROTHSCHILD

DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE

DOCTEUR G. CAPUTO - PROFESSEUR I. COCHEREAU - DOCTEUR O. GALATOIRE
DOCTEUR D. GATINEL - PROFESSEUR J.A. SAHEL - DOCTEUR C. VIGNAL

Fondation Ophtalmologique
Adolphe de Rothschild

A COMPLETER ET A JOINDRE A LA LETTRE DU MEDECIN

DEMANDE D'EXAMENS D'ELECTROPHYSIOLOGIE VISUELLE	
Potentiels évoqués visuels; Electrorétinogramme (global, multifocal, pattern), Electro-oculogramme	
Fondation Ophtalmologique A. de Rothschild Electrophysiologie visuelle 29, rue Manin 75940 Paris Cedex 19	Mail : ElectrophyOPH@for.paris Téléphone : 01 48 03 67 59 Télécopie :
IDENTITE DU PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
<i>Tous les champs doivent être renseignés pour le rendez-vous</i>	<i>Tous les champs doivent être renseignés pour le compte-rendu</i>
Nom : Prénom : Né(e) le : POIDS : Adresse : Numéro de téléphone : Mail :	Date : Nom : Adresse (ou service) : Numéro de téléphone : Télécopie : Mail :

● **Examens demandés :**

PEV ERG global ERG multifocal ERG pattern EOG

● **Motif de la demande :** *Indispensable pour obtenir une réponse utile à votre question*

.....

Antécédents familiaux (en particulier dystrophie rétinienne, neuropathie optique) :

.....
.....

Antécédents généraux (en particulier épilepsie) :

.....
.....

Antécédents ophtalmologiques :

.....
.....

Traitements :

Antipaludéens de synthèse

Date de début de traitement :

Dose journalière :

Ethambutol

Date de début de traitement :

Dose journalière :

Autres :

Date de début de traitement :

Dose journalière :

● **Renseignements ophtalmologiques indispensables :**

Acuité visuelle et Réfraction :

OD :

.....

OG :

.....

Oculomotricité (pour l'EOG) :

.....

.....

Segment antérieur (en particulier transillumination irienne ; cataracte ; malformation) :

OD :

.....

OG :

.....

Segment postérieur :

OD :

.....

OG :

.....

Remarques :

.....

.....

.....