

Bon de commande ICL

T +41 56 406 42 00 | F +41 56 406 20 21 | calc@oertli-ophthalmedic.ch

Médecin *	Date de commande *
Tel. / E-Mail	Clinique
Patient ID *	Date de naissance *

Lentille *	OD		OS	
	Sphérique	Torique	Sphérique	Torique
Réfraction subjective				
Réfraction cycloplégique				
Réfraction pour calculat ^o n*				
Réfraction *				
Distance sommets cornéen*				
BVD / HSA				
Status après / Pathologie				
Kératométrie en dpt*	Axe:		Axe:	
	K1	◦	K1	◦
	K2	◦	K2	◦
Profondeur chambre antérieure*	ACD (ext.):		ACD (ext.):	
	◦		◦	
	ACD (int.):		ACD (int.):	
Pachymétrie*				
Angle irido-cornéen				
WTW (Mesures de deux appareils différentes !) *				
IOL Master	500	700		
Galilei				
Pentacam				
Lenstar				
Orbscan				
Autres:				

***Données obligatoires.** Veuillez joindre biométrie et kératometrie.

Date d'intervention OD Commentaire du médecin

Date d'intervention OS

Date de livraison

Signature