

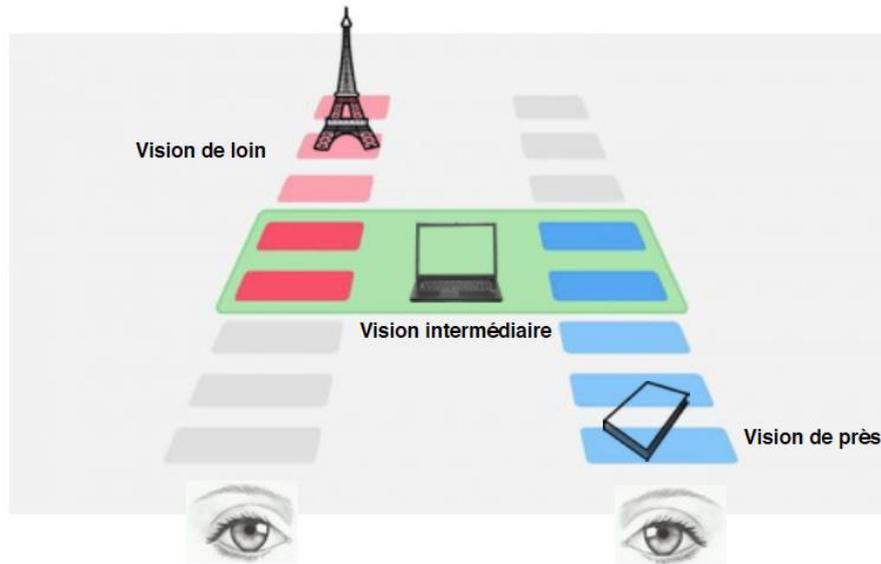
## Questionnaire Presbytie

---

NOM / Prénom :

Profession :

Loisir(s) :



OEIL DOMINANT EN VISION DE LOIN

OEIL DOMINE EN VISION DE PRES

1 - Pratiquez-vous des **activités nécessitant une extrême précision** ?  OUI  NON

2 - Tolérez-vous de **reporter occasionnellement des lunettes** après l'intervention ?  OUI  NON

Si oui, à quelle distance seriez-vous **le plus enclin à utiliser tout de même des lunettes** ?

- vision de **loin** : regarder la télévision, conduire ou faire du sport

- vision **intermédiaire** : ordinateur, cuisine, lire les étiquettes des prix, jouer du piano

- vision de **près** : coudre, lire la notice des médicaments

3 - Quelle **distance est la plus importante** pour vous au quotidien ?

- vision de **loin** : regarder la télévision, conduire ou faire du sport

- vision **intermédiaire** : ordinateur, cuisine, lire les étiquettes des prix, jouer du piano

- vision de **près** : coudre, lire la notice des médicaments

3 - Afin d'obtenir une vision satisfaisante de près et de loin, tolérez-vous de percevoir des **halos autour des sources lumineuses la nuit** ?  OUI  NON

4 - La vision nocturne est extrêmement importante pour vous, vous avez **besoin d'une vision nocturne de la meilleure qualité possible** ?  OUI  NON

Date & Signature :