

HISTOIRE PROFESSIONNELLE/ PROFESSIONAL HISTORY

PARTIE 1/PART 1

Nom/Last Name:	Prénom/First Name :
Adresse :	
Téléphone/Phone : (Bur./Office)	(Rés./Home)
Département :	
Pavillon/Building :	Local :
Supérieur immédiat/Immediate superior :	Tél./Phone :
ANTÉCÉDENTS OCULAIRES/ OCULAR ANTECEDENTS	
Antécédents personnels (suivi en ophtalmologie)/ Personal antecedents (follow-up in ophthalmology)	
<input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes Préciser/Specify : _____	
Antécédents familiaux/Family antecedents	
<input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Rétinite/Retinite <input type="checkbox"/> Glaucome	
Examen ophtalmologique antérieur/ Former ophthalmologic examination	
<input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes Date : _____ Référence: _____	
Accidents oculaires antérieurs/ Former ocular accidents	
<input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes Année/Year : _____ Lieu/Place : _____	
Séquelles/ after-effects <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes Préciser/Specify : _____	
Accidents oculaires antérieurs/ Former ocular accidents	
<input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes Année/Year : _____ Lieu/Place : _____	
Séquelles/ after-effects <input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes Préciser/Specify : _____	
Commentaires/ Comments :	
Signature :	Date :

HISTOIRE PROFESSIONNELLE/ PROFESSIONAL HISTORY

PARTIE 2/PART 2

Nom/Last Name :		Prénom/First Name :	
Adresse :			
Téléphone: (Bur./Office)		(Rés./Home)	
Département :			
Pavillon/Building :		Local :	
Supérieur immédiat/Immediate superior :			Tél./Phone :
ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES LASER/ Professional laser activities			
AUJOURD'HUI/TODAY			
Type de laser/Laser type :			
Classe/Class:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3R <input type="checkbox"/> 3B <input type="checkbox"/> 4
Énergie/Energy (mJ – J):			
Puissance moyenne/Mean power (mW-W) :			
Longueur d'onde/Wavelength :			
Mode de fonctionnement	<input type="checkbox"/> Continu/CW <input type="checkbox"/> Impulsion/Pulsed Durée/Duration : (s – ps – fs)		
Protection oculaire/ Ocular protection	<input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes Précision/Specify :		
ANTÉRIEURES/FORMER			
<input type="checkbox"/> À l'extérieur de l'Université Laval/ Outside Université Laval		<input type="checkbox"/> À l'Université Laval/ At Université Laval	
Année/Year :		Lieu/Place :	
Type de laser/Laser type :			
Classe/Class :	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3A/3R <input type="checkbox"/> 3B <input type="checkbox"/> 4
Énergie/Energy:			
Puissance moyenne/Mean power :			
Longueur d'onde/Wavelength :			
Mode de fonctionnement	<input type="checkbox"/> Continu/CW <input type="checkbox"/> Impulsion/Pulsed Durée/duration : (s – ps – fs)		
Protection oculaire/ Ocular protection	<input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes Précision/Specify :		

ANTÉRIEURES/FORMER	
<input type="checkbox"/> À l'extérieur de l'Université Laval/ Outside the Laval University	<input type="checkbox"/> À l'Université Laval/ At the Laval University
Année/Year :	Lieu/Place :
Type de laser/Laser type :	
Classe/Class :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3A/3R <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3B
Énergie/Energy:	
Puissance délivrée/Power :	
Longueur d'onde/ Wavelength :	
Mode de fonctionnement	<input type="checkbox"/> Continu/CW <input type="checkbox"/> Impulsion/Pulsed Durée/duration : (s – ps – fs)
Protection oculaire/ Ocular protection	<input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes Précision/Specify :
ANTÉRIEURES/FORMER	
<input type="checkbox"/> À l'extérieur de l'Université Laval/ Outside the Laval University	<input type="checkbox"/> À l'Université Laval/ At the Laval University
Année/Year :	Lieu/Place :
Type de laser/Laser type :	
Classe/Class :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3A/3R <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3B
Énergie/Energy:	
Puissance délivrée/Power :	
Longueur d'onde/ Wavelength :	
Mode de fonctionnement	<input type="checkbox"/> Continu/CW <input type="checkbox"/> Impulsion/Pulsed Durée/duration : (s – ps – fs)
Protection oculaire/ Ocular protection	<input type="checkbox"/> Non/No <input type="checkbox"/> Oui/Yes Précision/Specify :

Commentaires/Comments:	
Signature :	Date :

NOTE : LE PRÉSENT DOCUMENT EST CONFIDENTIEL ET NE POURRA ÊTRE CONSULTÉ QUE PAR LE MÉDECIN OU L'INFIRMIÈRE. /NOTE: THIS DOCUMENT IS CONFIDENTIAL AND COULD BE CONSULTED ONLY BY THE DOCTOR OR THE NURSE.