

Questionnaire ophtalmique du KdVS

Ce questionnaire est destiné à recueillir des informations sur les manifestations oculaires du syndrome de Koolen-de Vries dans le cadre d'une étude sur ce sujet. L'enquête est volontaire et totalement anonyme. En répondant à ce questionnaire, vous acceptez de participer à cette étude.

Tous les participants sont invités à partager des données ophtalmologiques en plus du questionnaire oculaire. Ces données comprennent les examens ophtalmologiques, les résumés des visites chez le médecin, les résultats des tests, les photographies cliniques (qui peuvent être limitées à la région oculaire) et les données concernant le type de variante génétique (ces dernières seront partagées avec GenIDA). Les données peuvent être envoyées au Dr : LandauPrat.Daphna@sheba.health.gov.il.

Toutes les informations seront utilisées de manière anonyme, afin de garantir la confidentialité des patients.

Merci de votre participation, nous apprécions grandement votre contribution.

Child's Age

Dropdown

Child's Gender

Female

Male

Preferred to say

Region of Origin

Dropdown

Age de l'enfant
 Genre
 Région d'origine

Paupière tombante (ptosis)

Autre anomalie de la paupière

Larmes abondantes / excessives

Difficultés de lecture

Trouble du mouvement des yeux

Autre (veuillez décrire)

Have your child ever experienced any of the following?

	Yes, right eye only	Yes, left eye only	Yes, both eyes	No	Unknown
Droopy eyelid (ptosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other eyelid abnormality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excessive tearing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Difficulty reading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eye movement disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other (please describe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

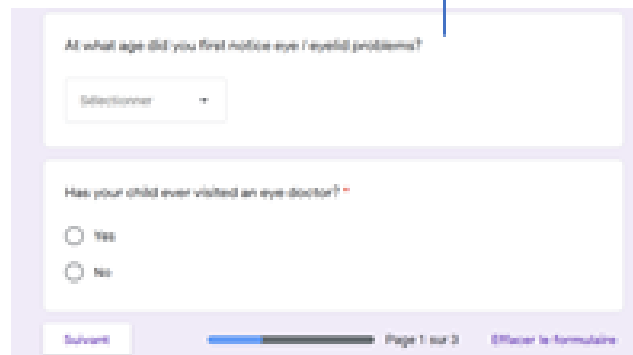
Any additional comments?

Text input

↓

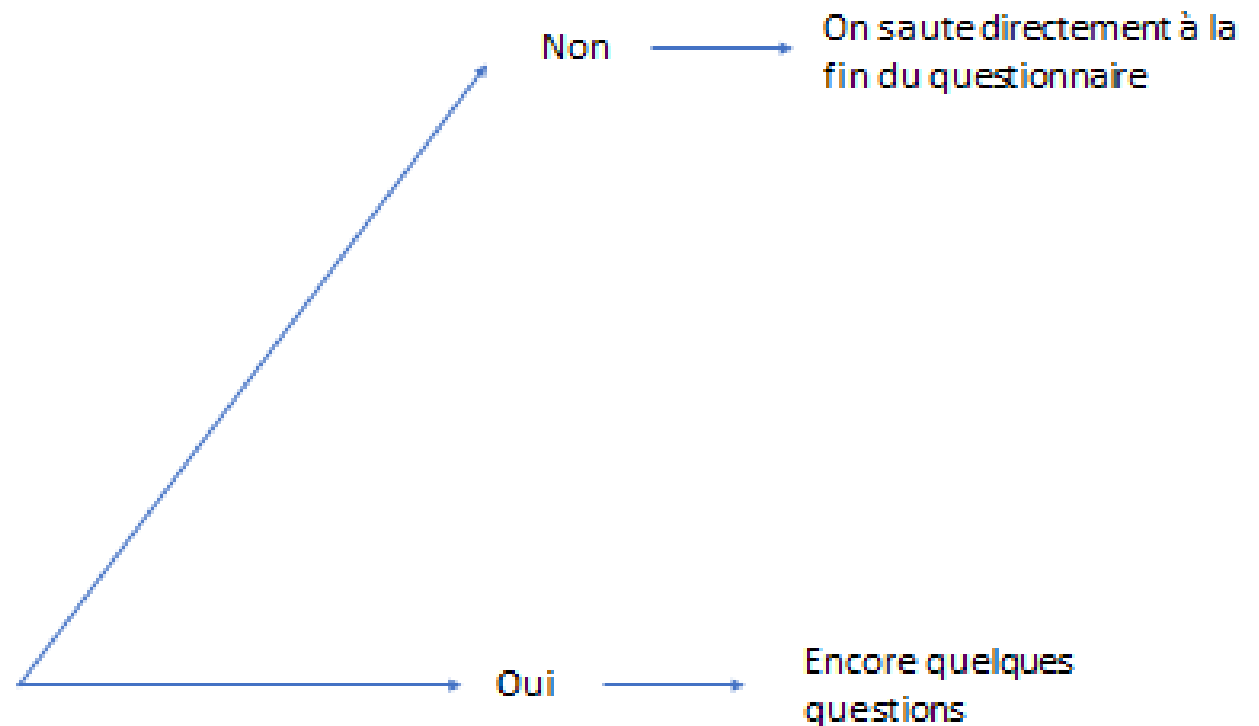
Commentaires

À quel âge avez-vous remarqué pour la première fois des problèmes d'yeux ou de paupières?



The screenshot shows a survey form with two questions. The first question is "At what age did you first notice eye / eyelid problems?" with a dropdown menu labeled "Sélectionner". The second question is "Has your child ever visited an eye doctor?" with radio buttons for "Yes" and "No". At the bottom, there is a "Suivant" button, a progress bar, and the text "Page 1 sur 2" and "Effacer le formulaire".

Votre enfant a-t-il déjà consulté un ophtalmologue ? *



Quel était l'âge de votre enfant lors de la première visite ?

Ophthalmologist visit

What was your child's age at first visit?

Age in months

Was any abnormality found on exam?

Yes

No

Not sure

Une anomalie a-t-elle été constatée à l'examen ?

Un ophtalmologue vous a-t-il dit que votre enfant présentait l'un des symptômes suivants ?

Have you been told by an eye doctor that your child has any of the following?		Yes, right eye	Yes, left eye	Yes, both eyes	No	Other
Paupière tombante (ptosis)	Heavy eyelid (ptosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre anomalie de la paupière	Other eyelid abnormality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de l'orbite	Orbital disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blocage/trouble du système lacrymal	Lacrimal system blockage/disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataracte	Cataract	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la rétine	Retinal disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble du nerf optique	Optic nerve disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daltonisme	Color blindness (Color vision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amblyopie ("œil paresseux")	Strabismic (Cross-eyed) eye abnormality	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strabisme ("œil croisé"), anomalie du mouvement des yeux	Other (Please describe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez décrire)						

Veillez ajouter tout autre commentaire

Please add any other comments

Other notes

Has your child ever undergone any medical surgery?

No, right eye

No, left eye

No, both eyes

No

Other

Votre enfant a-t-il déjà subi une opération des yeux/des paupières ?

Veillez décrire toutes les chirurgies oculaires/des paupières passées

Please describe any past medical/surgical history

Other notes

Does your child use glasses/contact lenses to correct his vision?

No

Yes

Other

Votre enfant utilise-t-il des lunettes ou des lentilles de contact pour corriger sa vision ?

Si votre réponse est "oui", quel type d'erreur de réfraction votre enfant a-t-il ?

Hypermétrope
(hypermétropie)

Myopie
(myopie)

Astigmatisme

Is your answer was "yes", what kind of refractive error does your child have?

Yes, right eye Yes, left eye Yes, both eyes No Unsure

Farsighted (hyperopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nearsighted (myopia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astigmatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please describe your child's glasses prescription if applicable (R/L, eye, number, astigmatism)

Your response

Veillez décrire la prescription de lunettes de votre enfant, le cas échéant (œil droit, nombre, astigmatisme).

D'autres troubles de la vision ?

Any additional disturbances in vision?

Your response