

Date:

Patient ID:

# Orthokeratology Academy

of

# America

**History:**

**K's**

	Central			Temporal		Mire Image
	Horiz	Vert	Axis	Horiz	Axis	Distortion
OD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Unaided Acuity:**

OD	20/	<input type="text"/>
OS	20/	<input type="text"/>

**Refraction:**

	Sph	Cyl	Axis	VA
OD:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20/ <input type="text"/>
OS:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20/ <input type="text"/>

**Diagnostic Lens (if used):**

	BC	Dia	Pwr	Rev.	width	Alig	width	2 Alig	width	PC	width	Type
OD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Describe fitting characteristics of the diagnostic lenses:**

**WAVE: Lens Specifications**

Horizontal	BC	Dia	Pwr	OZ lift	OZ width	IC lift	IC pos	Edge lift	Bevel pos	Bevel lift	Design Type
	OD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
OS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Vertical	BC	Dia	Pwr	OZ lift	OZ width	IC lift	IC pos	Edge lift	Bevel pos	Bevel lift	Design Type
	OD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
OS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

RSym/GSym: Include screen shot of WAVE Design Tool for horiz. & vert. meridians

FForm must include minimum of 8 screen shots for various meridians

**DO NOT** include patient name on screen shots

**Attach report for this patient. Guidelines can be found in the Fellowship Guidelines**

Date:   
 Patient ID:

# Orthokeratology Academy of America

**Subjective:**

**With Cls on:**

**Over Refraction:**

	Sph	Cyl	Axis	VA
OD:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20/ <input type="text"/>
OS:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20/ <input type="text"/>

**Fluorescein Pattern:**

Base Curve		Reverse Curve		Alignment		Peripheral Curve	
OD Zone	<input type="text"/>	Zone	<input type="text"/>	Curve	<input type="text"/>	Zone	<input type="text"/>
OS Zone	<input type="text"/>	Zone	<input type="text"/>	Curve	<input type="text"/>	Zone	<input type="text"/>

**Current CL:**

	Position	Movement
OD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OS	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Cls Removed:**   Ago Averaging wearing time   Per

**K's**

	Central			Temporal		Mire Image Distortion
	Horiz	Vert	Axis	Horiz	Axis	
OD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Unaided Acuity:**

OD	20/ <input type="text"/>
OS	20/ <input type="text"/>

**Refraction:**

	Sph	Cyl	Axis	VA
OD:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20/ <input type="text"/>
OS:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	20/ <input type="text"/>

**CL Verification:**

	BC	Dia	Pwr
OD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Assessment and Plan:**

**WAVE: New lenses if required**

**Horizontal**

	BC	Dia	Pwr	OZ lift	OZ width	IC lift	IC pos	Edge lift	Bevel pos	Bevel lift	Design Type
OD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Vertical**

	BC	Dia	Pwr	OZ lift	OZ width	IC lift	IC pos	Edge lift	Bevel pos	Bevel lift	Design Type
OD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
OS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Include screen shot of WAVE Design Tool for Horizontal and Vertical Meridians  
 FForm must include minimum of 8 screen shots for various meridians  
**DO NOT** include patient name on screen shots

**Instruction to Patient:**