



**Centre
d'Information
et de Réadaptation**

Association
pour le Bien
des Aveugles
et malvoyants

**Certificat médical
pour bénéficier des prestations
d'information et de réadaptation**

NOM, Prénom : _____ Mme <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	
Date naissance : _____	
Adresse : _____	
Code postal/ Lieu : _____ Tél. : _____	
Diagnostics	Œil droit : Œil gauche :
Cause	Maladie <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/>
Acuité visuelle	De loin : œil droit : correction : œil gauche : correction : De près : œil droit : addition : œil gauche : addition :
Champ visuel Joindre une copie SVP !	Oeil droit : normal <input type="checkbox"/> altéré <input type="checkbox"/> de quelle façon : Oeil gauche : normal <input type="checkbox"/> altéré <input type="checkbox"/> de quelle façon : Pas réalisable <input type="checkbox"/> motif :
Contrôles	A quel intervalle ? Date de la dernière consultation
Traitement prévu	
Pronostic	amélioration <input type="checkbox"/> stationnaire <input type="checkbox"/> aggravation <input type="checkbox"/> Le patient est-il au courant du pronostic : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Capacité de travail	Dans le domaine d'activité actuelle et pour les personnes en âge AI : Incapacité de travail : % depuis le
Remarques (contre indication ou demande particulière)	
Le/la répondant/e de l'accueil (les collaborateurs du CIR sont tenus au secret professionnel selon la loi fédérale sur la protection des données) Capacités visuelles supérieures aux normes ABA <input type="checkbox"/> Critères ABA (CIR, BBR, FOYER) <input type="checkbox"/> Répondant : Date :	Timbre et signature de l'ophtalmologue Date :