

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

Mme / M

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Œil Droit

Œil Gauche

Diagnostic :

Acuité visuelle (*mesurée avec la meilleure correction optique tolérée, hors système optique grossissant et en lecture fluide*)

De loin

Correction/ Réfraction

De près

Champ Visuel :

Normal légèrement Altéré Très altéré Pas réalisable

Vision tubulaire < 20° :

Oui Non

Scotome dans les 10° centraux :

Oui Non

Merci de faire attention à la cohérence entre le présent certificat et le certificat pour l'API pour pouvoir faire valoir les droits de la personne.

Merci de joindre une copie couleur du Champ Visuel SVP

Vision Des couleurs :

Normal Altérée

Sensibilité aux faibles contrastes :

Normal Altérée

Autres signes cliniques :

Photophobie Cécité nocturne

Diplopie Autres, précisez :

Evolution prévisible des troubles :

amélioration Stabilité aggravation Non définie

Traitement en cours le cas échéant :

Date de la dernière consultation :

Le patient est-il au courant du pronostic ?

Oui Non

Remarques (*contre-indication / demande particulière / attente vis-à-vis du CIR*) :

Répondant de l'ABA (les collaborateurs du CIR sont tenus au secret professionnel selon la loi fédérale sur la protection des données)

Critères DV Légère (au sens OMS)

Critères DV modérée et sévère (au sens OMS)

Critère Cécité (au sens OMS)

Répondant :

Date :

Timbre et signature de l'ophtalmologue

Date :

A remplir par le bénéficiaire :

Retentissement fonctionnel des troubles sur la vie quotidienne

Rencontrez-vous des difficultés dans :

La lecture et l'écriture :

Oui Non Effectué par quelqu'un d'autre

Les activités de la vie quotidienne :

La reconnaissance des visages à 1 m :

Oui Non Effectué par un tiers

La préparation et la prise des repas :

Oui Non Effectué par un tiers

Les adresses gestuelles (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) :

Oui Non Effectué par un tiers

La communication (ex : utilisation du téléphone et des appareils de communication) :

Oui Non Effectué par une tiers

Les déplacements intérieurs :

Oui Non Effectué par un tiers

Les déplacements extérieurs :

Oui Non Effectué par un tiers

Poursuite d'une activité exigeant beaucoup d'attention :

Oui Non Effectué par un tiers

Etes-vous en activité professionnelle ?

Oui Non

Si oui, rencontrez-vous des difficultés pour assurer vos tâches professionnelles?

Oui Non

Signature du bénéficiaire :