



# Certificat médical pour bénéficier des prestations du CIR

Mme  / M  Nom : Prénom : Date de naissance :  
Adresse : Tel :

	Œil Droit	Œil Gauche
Diagnostic principal :		
Pathologies associées :		

**Acuité visuelle** (L'AV de loin doit être mesurée avec la meilleure correction optique tolérée (en dehors de tout système optique grossissant) et transposée en système décimal. L'AV de lecture doit être mesurée avec l'addition liée à l'âge et en lecture fluide)

De loin		
Correction		
De près		
Correction		

**Champ Visuel :**  Pas réalisable  Normal  altéré, préciser :

**Merci de joindre une copie du Champ Visuel SVP**  
Merci de faire attention à la cohérence entre le présent certificat et les certificats pour l'API et les TPG/CFF pour pouvoir faire valoir les droits de la personne.

**Vision Des couleurs :**  Normal  Altérée  
**Sensibilité aux faibles contrastes :**  Normal  Altérée  
**Autres signes cliniques :**  Photophobie  Cécité nocturne  
 Diplopie  Autres, précisez :

**Évolution 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) :

**A remplir par l'ophtalmologue selon les critères OMS :**  
DV Légère :   
DV sévère (AV <ou= 3/10 ou CV <20° ou assimilé) :   
Cécité légale (AV <1/20 ou CV <5° ou assimilé) :   
**Répondant de l'ABA** (les collaborateurs du CIR sont tenus au secret professionnel selon la loi fédérale sur la protection des données) : .....  
Date : .....

**Timbre et signature de l'ophtalmologue**  
  
  
  
Date : .....

## Retentissement fonctionnel des troubles sur la vie quotidienne

À remplir par le bénéficiaire :

Avez-vous des difficultés dans la lecture et l'écriture ?

Oui

Non

Avez-vous des difficultés à reconnaître les visages ?

Oui

Non

Rencontrez-vous des difficultés dans les déplacements extérieurs, c'est-à-dire en dehors de votre domicile ?

Oui

Non

Êtes-vous plus maladroit qu'avant ? (Exemples : est-ce que vous avez tendance à casser, verser à côté, renverser, vous cogner...)

Oui

Non

La prise des repas en public vous gêne-t-elle ?

Oui

Non

Avez-vous des difficultés à préparer vos repas ?

Oui

Non

Ressentez-vous de la part de votre entourage une mauvaise compréhension de vos difficultés visuelles ?

Oui

Non

Si vous avez une activité professionnelle, rencontrez-vous des difficultés pour la réaliser ?

Oui

Non

**Signature du bénéficiaire :**