



Certificat médical pour bénéficier des prestations du CIR

Mme M. NOM Prénom Date de naissance
Adresse Tél

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

Si 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

Normale Altérée

Sensibilité aux faibles contrastes

Normale Altérée

Autres signes cliniques

Photophobie Cécité nocturne Diplopie Autres

Si autres, préciser

Évolution prévisibles 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 modérée à sévère (AV \leq 3/10 ou CV $<$ 20° ou assimilé)

Cécité (AV $<$ 1/10 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 :