

**Volet 2 : compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la CRHD-NC**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ ans

Diagnostic principal : \_\_\_\_\_

Pathologies associées : \_\_\_\_\_

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

<b>Acuité visuelle avec correction :</b>	<input type="checkbox"/> œil droit	<input type="checkbox"/> œil gauche
- de loin (équivalent échelle de Monoyer)	_____	_____
- de lecture (équivalent échelle de Arnaud à 40 cm)	_____	_____

**Remarque :** les éléments suivants sont particulièrement importants à renseigner dans la mesure où ils apportent des éléments complémentaires sur l'importance de l'atteinte visuelle.

<b>Le champ visuel binoculaire</b> est-il normal ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non : joindre l'examen
<b>La vision des couleurs</b> est-elle normale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (préciser : _____)
<b>La sensibilité aux faibles contrastes</b> est-elle normale ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non (préciser : _____)

**Autres signes cliniques :**

• Nystagmus	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	• Cécité nocturne	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Diplopie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	• Présence d'hallucino	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
• Photophobie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

Évolution prévisible des troubles :  amélioration  stabilité  aggravation  non définie

Si amélioration : Dans quel délai ? \_\_\_\_\_ Comment ? \_\_\_\_\_

**Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et/ou professionnelle : questionnaire pratique**

• Difficultés dans : (et cocher si nécessaire le besoin de tierce personne - TP)			
- La lecture et l'écriture ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> TP
- La reconnaissance des visages à 1 m ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> TP
- Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> TP
- Utilisation du téléphone et appareils de communication ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> TP
- Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> TP
- Les déplacements intérieurs ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> TP
- Les déplacements extérieurs ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> TP
• Nécessité d'aides techniques spécialisées ? (optique, canne blanche, autre)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Préciser (entourer la mention utile) : télé agrandisseur – loupe – terminal Braille – logiciel basse vision – synthèse vocale

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ?  Oui  Non

• Autres difficultés : \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cachet et signature du médecin

