

RAPPORT MÉDICAL DE LA VISION / MEDICAL EYE REPORT

SVP, faire parvenir ce formulaire une fois rempli à l'adresse ci-haut. Please send this form filled out at the above address.

Signature du parent / tuteur – Parent's or guardian's signature

Formulaire à remplir par le spécialiste de la vue / To be fill out by examining eye specialist

Nom du patient _____ Date de naissance _____
Patient's Name (prénom- name) (nom-family name) Date of Birth jour-day/mois-month/année-year

Nom des parents/tuteurs Parent's or guardian's name : _____
Adresse / Address _____

Téléphone (_____) _____

1. Date de l'examen / Examination date _____

2. Diagnostic /Diagnosic _____
(primaire/ primary) _____
(secondaire/secondary) _____

3. Pronostic/Prognosis
 État stable État incertain Amélioration Détérioration
 Stable Uncertain Improvement Deterioration

4. Acuité visuelle / Visual Acuties

		Vision éloignée / Distance vision	Vision rapprochée / Near vision
Sans aide Unaided	Oeil droit / Right eye		
	Oeil gauche / Left Eye		
	Deux yeux / Both eyes		
Avec lunettes (si prescrites) With glasses (if prescribed	Oeil droit / Right eye		
	Oeil gauche / Left Eye		
	Deux yeux / Both eyes		

5. Champ visuel / Visual Field

Sans anomalie Défaut de vis.centrale Défaut de vis.périphérique Autres anomalies
 No abnormanity Central defect Peripheral defect Other abnormality

6. Sensibilité au contraste / Contrast sensitivity

- Aucune anomalie/ No abnormalité Non vérifiée/not tested Anormale/Abnormal

7. Vision chromatique

- Aucune anomalie/ No abnormality Non vérifiée/Not tested Anormale/Abnormal

8. Vision binoculaire

- Binoculaire/Binocular Fonctionnement monoculaire/Monocular Strabique/Strabismic

9. Aides prescrites

- Téléscope Microscope Loupe sur support Loupe à main
Telescope Microscope Stand magnifier Hand magnifier
- Système télescopique Télévision en circuit fermé Éclairage spécial
Spectacle mounting Closed circuit TV Light control

10. Autres remarques / Additional comments

- a) restrictions dans les activités physique / Restrictions on Physical activities _____
- b) place spéciale dans la classe / Special seating requirements _____
- c) éclairage spécial / Special lighting requirements _____

11. Accès alternatif / Alternative Access

C'est mon avis professionnel que l'on devrait considérer la possibilité de fournir à l'élève des manuels scolaires ----- It is my professional opinion that this student should be considered for the use of school texts

- en braille / Braille oui / yes non / no peut-être plus tard / Maybe later
- en gros caractères / Largeprint oui / yes non / no peut-être plus tard / Maybe later
- sur cassette audio / Audio Cassette oui / yes non / no peut-être plus tard / Maybe later

12. Réévaluation visuelle conseillée / Reassessment of vision recommended

- Tous les 6 mois / À chaque année À tous les deux ans
Every 6 months Each year Every other year

13. Orientation et mobilité - Orientation and mobility

C'est mon avis professionnel que l'on devrait considérer la possibilité de fournir à l'élève ces cours
It is my professional opinion that this student should be considered for courses.

- Oui / Yes Non/No Peut-être plus tard/Maybe later

14. Autres renseignements /Other information

Veuillez ajouter ici toute autre information pertinente sur la vue du patient.
Provide any additionnal pertinent information on the patient's sight.

Nom du spécialiste de la vue (en lettres moulées) _____

Signature du spécialiste de la vue _____

Adresse / Address _____

Téléphone / Phone _____ Télécopieur / FAX _____ Date _____