

Patient: _____ **Matricule:** _____

Madame, Monsieur le Docteur,

Cet enfant a été adressé au CDV en raison de difficultés fonctionnelles pouvant être liées à la vision. Afin d'évaluer le retentissement d'un éventuel problème visuel sur ses activités scolaires /extrascolaires et pour répondre au mieux à ses besoins, nous vous prions de bien vouloir nous informer sur ses capacités visuelles.

Nous vous remercions pour votre aimable collaboration.

Frank Groben
directeur

Autorisation du tuteur

Nom: _____ **Date:** _____ **Signature** _____

RAPPORT OPHTALMOLOGIQUE

1. DIAGNOSTIC SUPPOSÉ AVÉRÉ

pathologie ophtalmologique :

pathologie neuro-ophtalmologique :

autre(s) :

Evolutivité : stable imprévisible aggravation

Traitement :

2. RÉFRACTION OCULAIRE (DATE DE L'EXAMEN :)

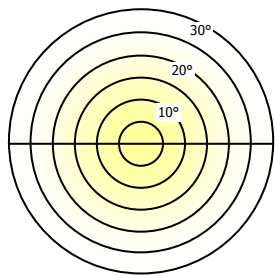
Réfraction sous cycloplégie	OD :	OG :
Correction prescrite (si ≠ cycloplégie)	OD :	OG :
Type de correction	<input type="checkbox"/> verres/ LC unifocaux <input type="checkbox"/> verres /LC bifocaux /progressifs ➔ puissance addition : _____d. <input type="checkbox"/> verres particuliers (filtre optique, verres teintés ...): <input type="checkbox"/> autres (implant...):	
Aide visuelle grossissante	Type :	

3. ACUITÉ CORRIGÉE

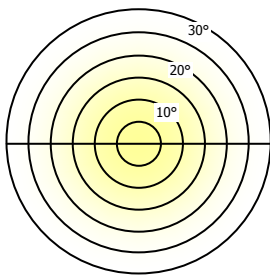
	De Loin	De Près
	Test utilisé : <input style="width: 50px;" type="text"/> distance : <input style="width: 50px;" type="text"/>	Test utilisé : <input style="width: 50px;" type="text"/> distance : <input style="width: 50px;" type="text"/>
OD :	
OG :	
ODG :	

4. CHAMP VISUEL (JOINDRE UN RELEVÉ)

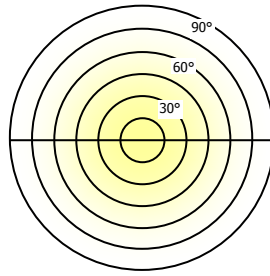
Atteinte centrale Atteinte mixte Atteinte périphérique



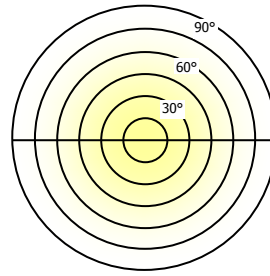
OG



OD



OG



OD

Répercussions fonctionnelles (lecture...):

.....
.....

Répercussions fonctionnelles (mobilité, sport):

.....
.....

5. ALTÉRATION DE LA VISION DES COULEURS

6. ALTÉRATION DE LA SENSIBILITÉ AUX FAIBLES CONTRASTES

non

oui

7. SENSIBILITÉ PARTICULIÈRE À LA LUMIÈRE

Photophobie: non oui ➔ Protection (filtre, teinte...):

Héméralopie: non oui

8. DÉSÉQUILIBRE OCULO-MOTEUR

Strabisme

Vision binoculaire/stéréoscopie

Traitement d'amblyopie (type/rythme)

Nystagmus

Blocage du nystagmus / torticolis

Autre(s) (paralysie O-M, paralysie de fonction)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

9. CONTRÔLES MÉDICAUX

Dernière consultation: _____ Rythme: _____

Le patient a-t-il réalisé des examens électro-physiologiques complémentaires (ERG, PEV...):

.....

10. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Merci de bien vouloir nous communiquer toute information complémentaire utile à l'entourage pédagogique

(activité(s) à éviter...):

.....

Date: _____ Signature: _____ Chachet _____