



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



Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_ 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.

**Acuité visuelle avec correction :**  œil droit  œil gauche

- de loin (équivalent échelle de Monoyer) \_\_\_\_\_

- de lecture (équivalent échelle de Parinaud 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.

**Le champ visuel binoculaire** est-il normal ?  Oui  **Non : joindre l'examen**

**La vision des couleurs** est-elle normale ?  Oui  Non (préciser : \_\_\_\_\_)

**La sensibilité aux faibles contrastes** est-elle normale ?  Oui  Non (préciser : \_\_\_\_\_)

**Autres signes cliniques :**

• Nystagmus  Oui  Non

• Diplopie  Oui  Non

• Photophobie  Oui  Non

• Cécité nocturne  Oui  Non

• Présence d'hallucinoïdes  Oui  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 ?  Oui  Non  TP

- La reconnaissance des visages à 1 m ?  Oui  Non  TP

- Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...)  Oui  Non  TP

- Utilisation du téléphone et appareils de communication ?  Oui  Non  TP

- Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner)  Oui  Non  TP

- Les déplacements intérieurs ?  Oui  Non  TP

- Les déplacements extérieurs ?  Oui  Non  TP

• Nécessité d'aides techniques spécialisées ? (optique, canne blanche, autre)  Oui  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