

# Volet 2



cerfa  
15695\*01

## Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : ..... Prénom : ..... Âge : .....

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 (compléter le tracé au verso)

La vision des couleurs est-elle normale?  Oui  Non (préciser)

La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale?  Oui  Non (préciser)

### Autres signes cliniques : (préciser)

• Nystagmus  Oui  Non

• Cécité nocturne  Oui  Non

• Diplopie  Oui  Non

• Présence d'hallucinoïses  Oui  Non

• Photophobie  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 : (cocher si nécessaire le besoin de tierce personne)

- |   |                              |                              |  |
|---|------------------------------|------------------------------|--|
| - La lecture et l'écriture ?  | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - La reconnaissance des visages à 1 m ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...)       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Utilisation du téléphone et appareils de communication ?                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements intérieurs ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |
| - Les déplacements extérieurs ?   | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> tierce personne |

• Nécessité d'aides techniques spécialisées ? (optique, canne blanche, autres...)  Oui  Non

Préciser : .....

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ?  Oui  Non

• Autres difficultés : .....

À ..... le .....

Cachet

Signature :

