

# 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'hallucinose     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

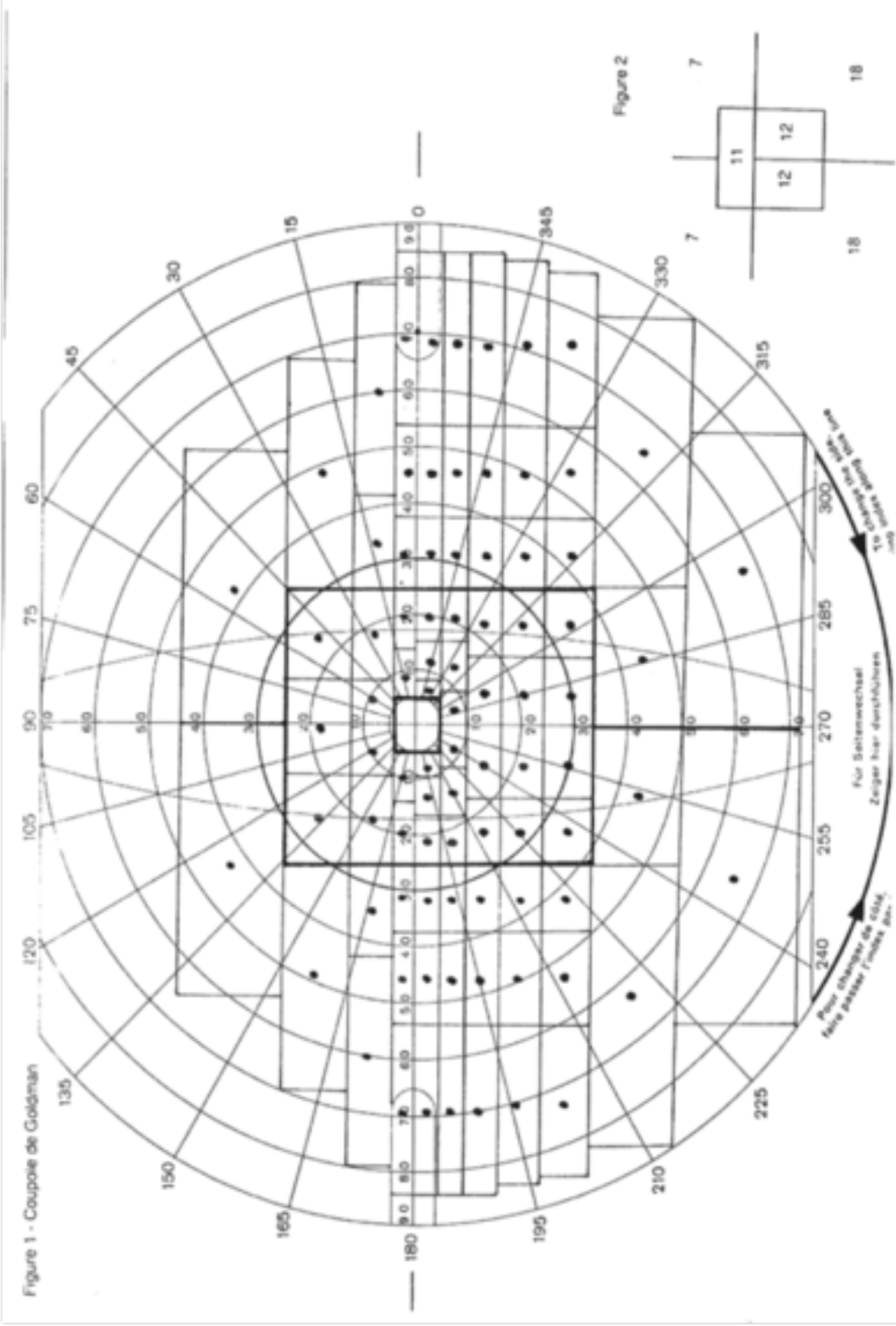
• Autres difficultés : .....

À ..... le .....

Cachet

Signature :

À compléter si nécessaire - Champ visuel binoculaire (Champ visuel de Goldman III 4)



Le champ visuel binoculaire est apprécié à la coupole de Goldman avec le test III/4 sans dissociation des deux yeux (ou équivalent).