MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

N° 13878*01

Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique

A joindre au certificat médical destiné à la maison départementale des personnes handicapées

Nom : **Prénom :**

Diagnostic principal : Pathologies associées :

Date du bilan ……

		Œil droit	Œil gauche
Meilleure Acuité visuelle de loin Échelle de Monoyer à 5 mètres	Sans correction	……..	……..
	Avec correction	……..	……..
Meilleure Acuité visuelle de près Échelle de Parinaud à 40 cm avec le meilleur éclairage	Sans correction	……..	……..
	Avec correction	……..	……..

Le champ visuel binoculaire est-il normal ? ☐ oui ☐ non *(compléter le tracé binoculaire Goldman III/4 au verso)*
La vision des couleurs est-elle normale ? ☐ oui ☐ non *(préciser)*
La sensibilité aux faibles contrastes est-elle normale ? ☐ oui ☐ non *(préciser)*

Nystagmus ☐ non ☐ oui *(préciser)*
Diplopie ☐ non ☐ oui *(préciser)*
Strabisme ☐ non ☐ oui *(préciser)*
Photophobie ☐ non ☐ oui *(préciser)*
Cécité nocturne ☐ non ☐ oui *(préciser)*

Evolution prévisible des troubles ☐ amélioration ☐ stabilité ☐ aggravation ☐ non définie
Si amélioration : Dans quel délai ? Comment ?

Déplacement à l'extérieur du domicile	Sans **moyens** de compensation*	Avec **moyens** de compensation* *(préciser)*
Seul avec aisance en permanence	☐	☐
Seul selon certaines conditions (luminosité, durée ou difficulté du trajet)	☐	☐
Avec l'aide d'un tiers pour certains déplacements *(préciser)*	☐	☐
Avec l'aide d'un tiers pour tous les déplacements	☐	☐

Réalisation des tâches de la vie courante	Sans **moyens** de compensation*	Avec **moyens** de compensation* *(préciser)*
Seul avec aisance en permanence	☐	☐
Seul selon certaines conditions (luminosité …)	☐	☐
Avec l'aide d'un tiers pour certaines tâches *(préciser)*	☐	☐
Avec l'aide d'un tiers pour toutes les tâches	☐	☐

*__Moyens de compensation spécifiques__ : stratégies cognitives et attentionnelles ; Aides techniques

Retentissement fonctionnel des troubles visuels sur la vie personnelle, sociale et professionnelle

A …… le …….. Cachet :

Signature :

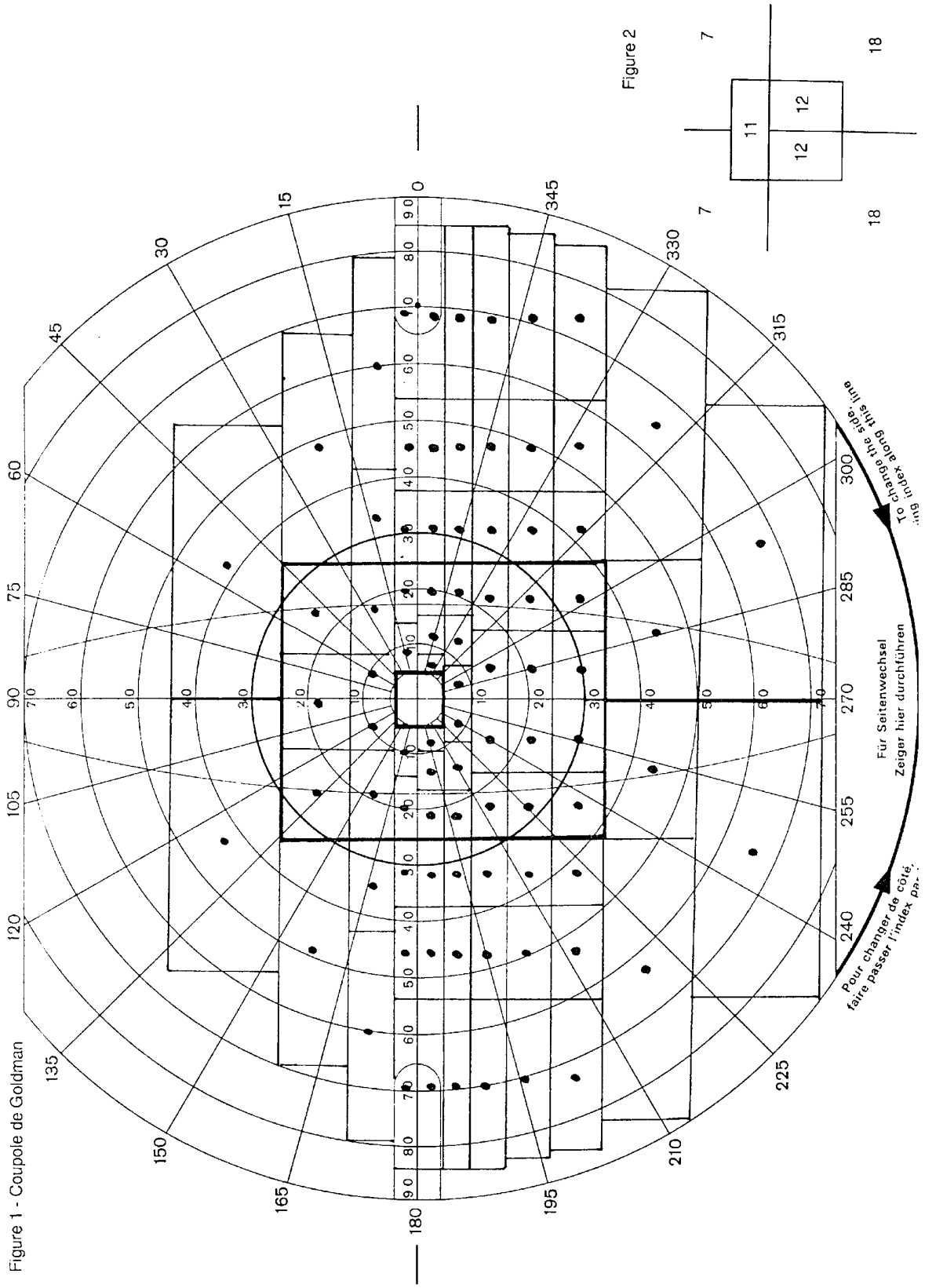

Figure 1 - Coupole de Goldman

Figure 2