

RAPPORT D'EXAMEN VISUEL

NOTE : Le rapport d'examen visuel est valide s'il est fait entre février et août de la présente année.
Pour faciliter la lecture, le genre masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

SECTION 1. À REMPLIR ET SIGNER PAR LE CANDIDAT

1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT		
NOM, PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE (AAAA-MM-JJ)	
ADRESSE (NUMÉRO, APPARTEMENT, RUE)		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
AVEZ-VOUS DÉJÀ SUBI UNE CORRECTION DE LA VUE PAR CHIRURGIE ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
SIGNATURE	DATE (AAAA-MM-JJ)	

SECTION 2. ET 3. À REMPLIR ET SIGNER PAR L'OPHTALMOLOGISTE OU PAR L'OPTOMÉTRISTE

2. EXAMEN VISUEL																			
NOTE : SE RÉFÉRER AU DOCUMENT SUR LES NORMES VISUELLES DU NFPA 1582 SUR LE SITE WWW.CORTLANDCOUNTYFIRE.ORG/NFPA%201582.PDF																			
ACUITÉ VISUELLE (CHARTRE DE SNELLEN EN MESURES MÉTRIQUES OU EN MESURES ANGLAISES)																			
<p>Sans correction de loin</p> <p>6/12 (20/40) → pour un œil 6/30 (20/100) → pour l'autre œil Ou 6/18 (20/60) dans chacun des yeux</p> <table border="1"> <tr> <td>OD :</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>OG :</td> <td>/</td> </tr> </table>		OD :	/	OG :	/	<p>Avec correction de loin et de près</p> <p>6/6 (20/20) les yeux ouverts</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OD</th> <th>OG</th> <th>OU</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Loin</td> <td>/</td> <td>/</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Près</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			OD	OG	OU	Loin	/	/	/	Près			
OD :	/																		
OG :	/																		
	OD	OG	OU																
Loin	/	/	/																
Près																			
Si correction : <input type="checkbox"/> Lunette <input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes souples <input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes rigides																			
MOBILITÉ OCULAIRE																			
• Existe-t-il une anomalie de la motilité oculaire (ex. strabisme, paralysie)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																			
VISION BINOCULAIRE																			
• La stéréoscopie est-elle de 80 secondes d'arc ou mieux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																			
CHAMPS VISUEL																			
• LE CHAMP VISUEL EST-IL D'AU MOINS 140 DEGRÉS CONTINUS LE LONG DU MÉRIDIEEN HORIZONTAL POUR CHAQUE ŒIL ? OD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non OG : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																			
• LE CHAMP VISUEL EST-IL D'AU MOINS 90 DEGRÉS CONTINUS LE LONG DU MÉRIDIEEN VERTICAL POUR CHAQUE ŒIL ? OD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non OG : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																			
• Y A-T-IL ABSENCE DE SCOTOME À L'INTÉRIEUR DE 20 DEGRÉS CONTINUS AU-DESSUS ET AU-DESSOUS DU POINT DE FIXATION POUR CHAQUE ŒIL ? OD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non OG : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																			
PERCEPTION DES COULEURS																			
<input type="checkbox"/> ISHIHARA <input type="checkbox"/> DVORINE <input type="checkbox"/> HRR NOMBRE DE PLAQUES _____ NOMBRE D'ERREURS _____ SI ANOMALIE, FAIRE LE FARNSWORTH : D-15 (SATURÉ) RÉUSSI? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON LE TEST D-15 EST ÉCHOUÉ LORSQUE LE NOMBRE D'ERREURS DIAMÉTRALES EST ÉGAL OU SUPÉRIEUR À 2. L'ERREUR DIAMÉTRALE EST DÉFINIE COMME UNE ERREUR DE CLASSEMENT ÉGALE OU SUPÉRIEURE À 4 INTERVALLES. SI ÉCHEC DU FARNSWORTH D-15, VEUILLEZ NOUS FAIRE PARVENIR UNE COPIE DU RAPPORT.																			
CHIRURGIE RÉFRACTIVE																			
SI LE PATIENT PORTE DES LUNETTES OU LENTILLES CORNÉENNES, SA RÉFRACTION EST-ELLE STABLE DEPUIS AU MOINS 1 AN? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> INFORMATION INCONNUE <input type="checkbox"/>																			
COMMENTAIRES																			
DIAGNOSTIC ET DÉTAILS (EX. NYSTAGMUS, STRABISME, KÉRATINES, GLAUCOME, RÉTINOPATHIE, AMBLYOPIE, PHORIE LATÉRALE ET VERTICALE DE LOIN IMPORTANTE)																			
3. IDENTIFICATION DE L'OPHTALMOLOGISTE OU DE L'OPTOMÉTRISTE																			
NOM, PRÉNOM	NUMÉRO DE PERMIS D'EXERCICE																		
ADRESSE (NUMÉRO, RUE, BUREAU, PROVINCE, CODE POSTAL, PAYS)																			
SPÉCIALITÉ	DATE DE L'EXAMEN (AAAA-MM-JJ)																		
SIGNATURE	DATE (AAAA-MM-JJ)																		