

RAPPORT D'EXAMEN VISUEL

NOTE : Le rapport d'examen médical est valide s'il est fait moins de six mois de la rentrée scolaire.
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

| | | |
|--|----------|--------------------------------|
| 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 | NON |
| SIGNATURE | | DATE (AAAA-MM-JJ) |

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

| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sans correction de loin 6/12 (20/40) → pour un œil 6/30 (20/100) → pour l'autre œil Ou 6/18 (20/60) dans chacun des yeux <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>OD :</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>OG :</td> <td>/</td> </tr> </table> | | OD : | / | OG : | / | Avec correction de loin et de près 6/6 (20/20) les yeux ouverts <table border="1" style="width: 100%;"> <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 : Lunette Lentilles cornéennes souples Lentilles cornéennes rigides | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MOBILITÉ OCULAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • Existe-t-il une anomalie de la motilité oculaire (ex. strabisme, paralysie)? Oui Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISION BINOCULAIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • La stéréoscopie est-elle de 80 secondes d'arc ou mieux? Oui Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CHAMPS VISUEL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • LE CHAMP VISUEL EST-IL D'AU MOINS 120 DEGRÉS CONTINUS LE LONG DU MÉRIDIAN HORIZONTAL POUR CHAQUE ŒIL? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OD : OUI NON OG : OUI NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| • LE CHAMP VISUEL EST-IL D'AU MOINS 90 DEGRÉS CONTINUS LE LONG DU MÉRIDIAN VERTICAL POUR CHAQUE ŒIL? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OD : OUI NON OG : OUI 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 : OUI NON OG : OUI NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PERCEPTION DES COULEURS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ISHIHARA DVORINE HRR NOMBRE DE PLAQUES _____ NOMBRE D'ERREURS _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SI ANOMALIE, FAIRE LE FARNSWORTH : D-15 (SATURÉ) RÉUSSI? OUI 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 NON INFORMATION INCONNUE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| COMMENTAIRES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNOSTIC ET DÉTAILS (EX. NYSTAGMUS, STRABISME, KÉRATINES, GLAUCOME, RÉTINOPATHIE, AMBLYOPIE, PHORIE LATÉRALE ET VERTICALE DE LOIN IMPORTANTE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | |