

## Volet 2 : compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la CEJH-NC

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ ans

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 :**

• Nystagmus ☐ Oui ☐ Non

• Diplopie ☐ Oui ☐ Non

• Photophobie ☐ Oui ☐ Non

• Cécité nocturne ☐ Oui ☐ Non

• Présence d'hallucinoïdes ☐ 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 : (et cocher si nécessaire le besoin de tierce personne - TP)

- La lecture et l'écriture ?

☐ Oui ☐ Non ☐ TP

- La reconnaissance des visages à 1 m ?

☐ Oui ☐ Non ☐ TP

- Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas...)

☐ Oui ☐ Non ☐ TP

- Utilisation du téléphone et appareils de communication ?

☐ Oui ☐ Non ☐ TP

- Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner)

☐ Oui ☐ Non ☐ TP

- Les déplacements intérieurs ?

☐ Oui ☐ Non ☐ TP

- Les déplacements extérieurs ?

☐ Oui ☐ Non ☐ TP

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

Préciser (entourer la mention utile) : télé agrandisseur – loupe – terminal Braille – logiciel basse vision – synthèse vocale

• Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ? ☐ Oui ☐ Non

• Autres difficultés : \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cachet

Signature du médecin :

### A 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/7 (ou équivalent) sans dissociation des deux yeux.

