

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

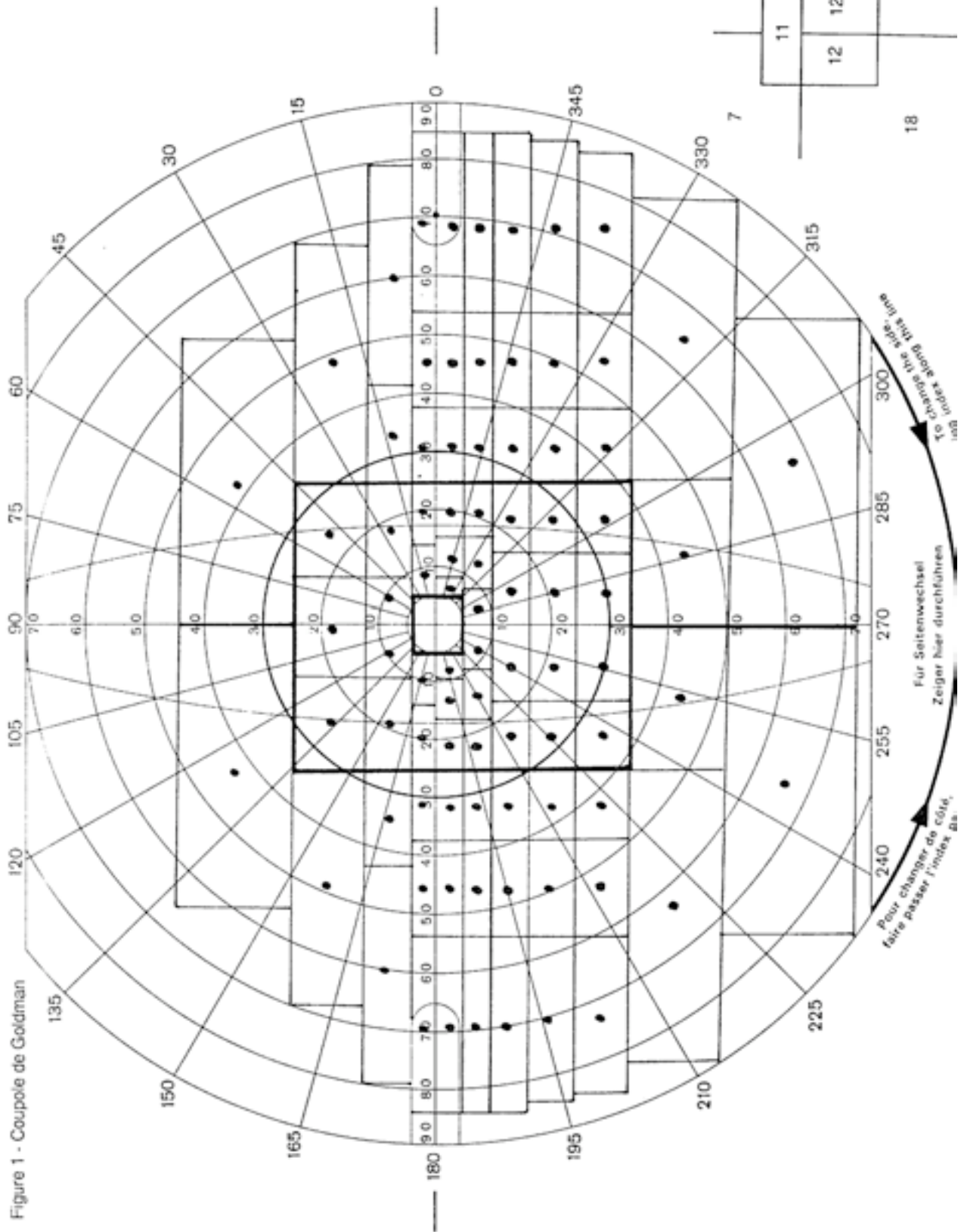


Figure 2

