

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* (<i>préciser</i>) |
| Seul avec aisance en permanence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seul selon certaines conditions (luminosité, durée ou difficulté du trajet) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avec l'aide d'un tiers pour certains déplacements(<i>préciser</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avec l'aide d'un tiers pour tous les déplacements | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|--|--|--|
| Réalisation des tâches de la vie courante | Sans moyens de compensation* | Avec moyens de compensation* (<i>préciser</i>) |
| Seul avec aisance en permanence | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Seul selon certaines conditions (luminosité ...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avec l'aide d'un tiers pour certaines tâches (<i>préciser</i>) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avec l'aide d'un tiers pour toutes les tâches | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

***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

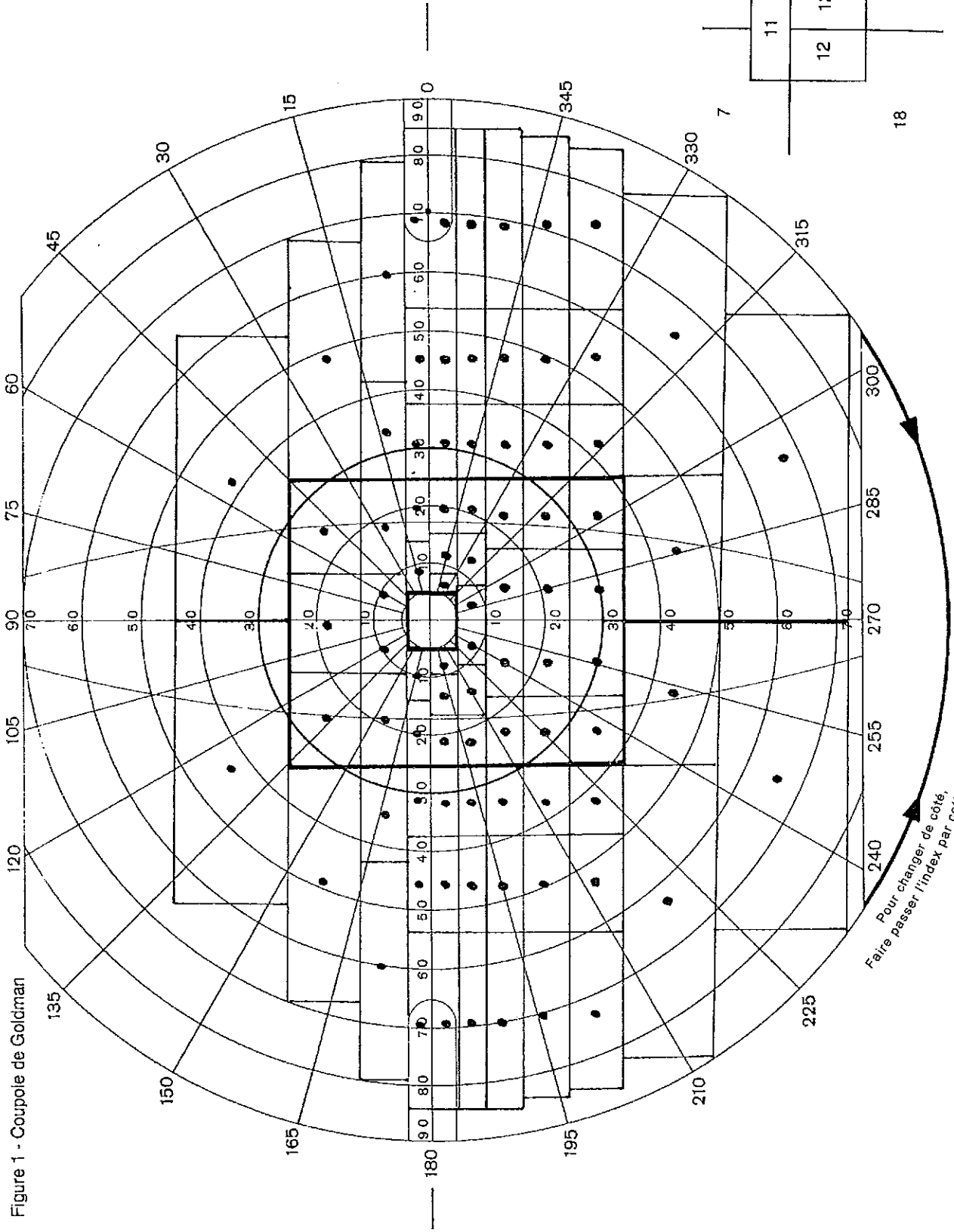


Figure 2

