# Volet 2

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

cerfa 15695*01

## Compte rendu type pour un bilan ophtalmologique à joindre au certificat médical destiné à la Maison départementale des personnes handicapées

Nom : ..... Prénom : ..... Âge : .....

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 :** (préciser)

- Nystagmus ☐ Oui ☐ Non
- Diplopie ☐ Oui ☐ Non
- Photophobie ☐ Oui ☐ Non
- Cécité nocturne ☐ Oui ☐ Non
- Présence d'hallucinose ☐ 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 :** (cocher si nécessaire le besoin de tierce personne)
  - La lecture et l'écriture ? ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - La reconnaissance des visages à 1 m ? ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - Les gestes de la vie quotidienne ? (ex : préparation et prise des repas…) ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - Utilisation du téléphone et appareils de communication ? ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - Adresse gestuelle ? (ex : tendance à casser, verser à côté, renverser, se cogner) ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - Les déplacements intérieurs ? ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
  - Les déplacements extérieurs ? ☐ Oui ☐ Non ☐ tierce personne
- Nécessité d'aides techniques spécialisées ? (optique, canne blanche, autres…) ☐ Oui ☐ Non

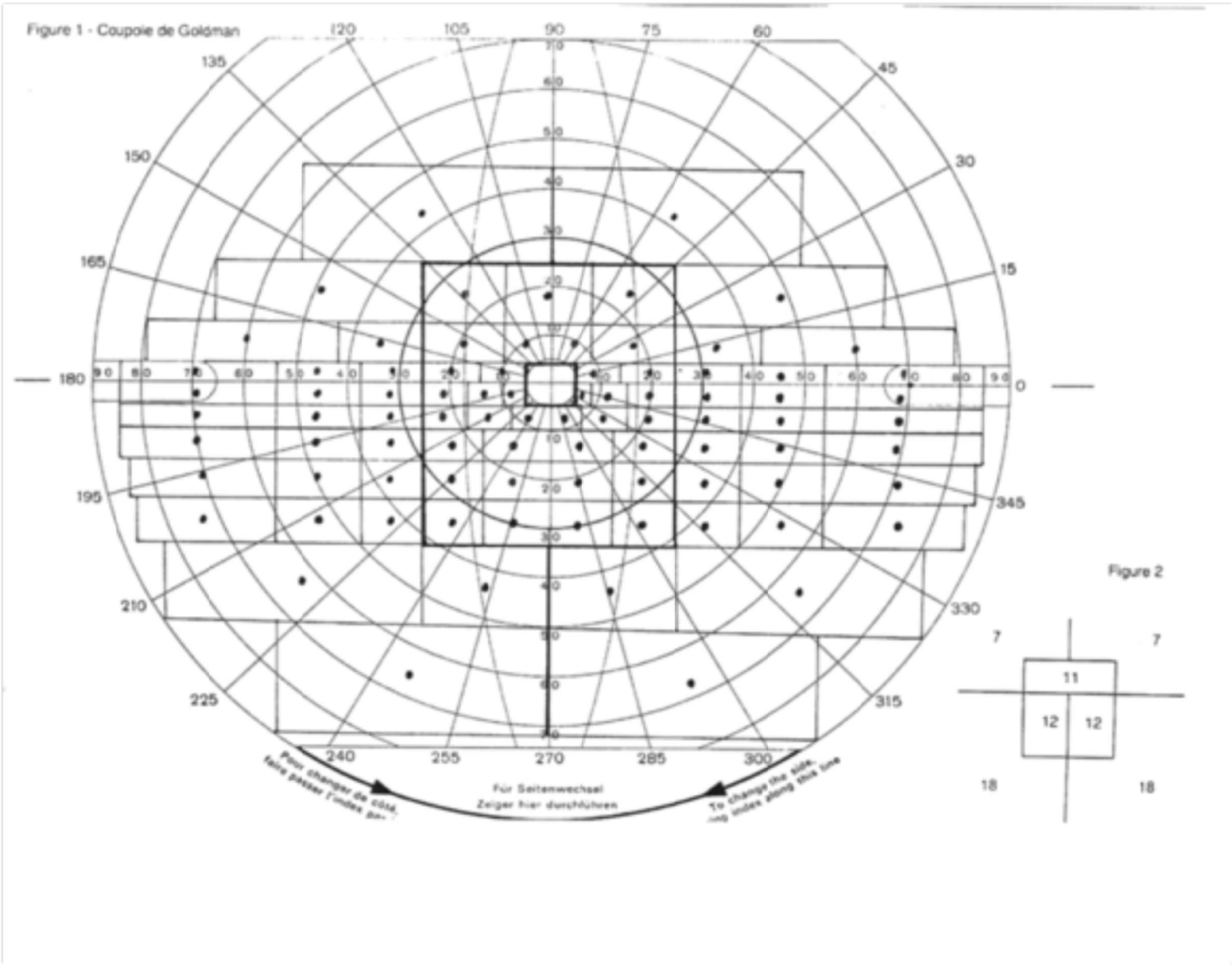
  Préciser : .....
- Incompréhension des difficultés visuelles par les tiers ? ☐ Oui ☐ Non
- Autres difficultés : .....

À ..... le .....

Cachet

Signature :

**À 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/4 sans dissociation des deux yeux (ou équivalent).