**Certificat d’examen médical oculaire**



|  |
| --- |
| Nom et prénom : ........................................................................................................................................Adresse : .......................................................................................................... n° : ......... boîte : ........Code postal : Commune : ............................................................................................E-mail :………............................................................................... Tél. : ................................................... Date de naissance : ........../........../.......... Date de l’examen : ........../........../.......... Nom du médecin ophtalmologue : ............................................................................................................. |

|  |
| --- |
| **Acuité visuelle corrigée de façon optimale**Vision de loin : - OD ………./10 [ ] 1/20 [ ] <1/20 [ ] PL [ ] pas de PL - OG ………./10 [ ] 1/20 [ ] <1/20 [ ] PL [ ] pas de PL - Binoculaire ............/10 [ ]  1/20 [ ] <1/20 [ ] PL [ ] pas de PLVision de près : - OD : ………./10 - OG : ………./10 - Binoculaire : ………./10Correction OD : ...................... Correction OG : ......................Correction de lecture : .................................Perception des couleurs limitée : [ ] oui [ ] nonPhotophobie : .................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **Champ visuel**Rétrécissement concentrique : ..... ° [ ] OD [ ] OG [ ] binoculaire < 5° [ ]  OD [ ]  OG [ ]  binoculaireHemianopsie : [ ] homonyme droite [ ] homonyme gauche [ ] hétéronyme binasale [ ] hétéronyme bitemporale [ ] horizontale supérieure [ ] horizontale inférieureQuadranopsie : [ ] supérieure [ ] inférieure [ ] nasale [ ] temporaleSi monophtalmie : [ ] déficit supérieur [ ] déficit inférieur[ ] déficit nasal [ ] déficit temporal***Lors d’un champ de vision irrégulier, pouvez-vous y joindre un Goldmann IV, si vous l’avez.*** |

**Ligue Braille**

asbl d'aide aux personnes aveugles et malvoyantes • Sous le Haut Patronage de Sa Majesté la Reine

rue d’Angleterre 57 • 1060 Bruxelles • T +32 (0)2 533 32 11 • F +32 (0)2 537 64 26

info@braille.be • www.braille.be • rpm-tva BE 0402 992 834 • IBAN BE11 0000 0000 4848 • BIC BPOTBEB1

|  |
| --- |
| **Informations complémentaires**[ ] scotomes centraux [ ]  incapacité totale pour lire un texte continu [ ] un œil [ ] 2 yeux [ ] trouble visiblelors de la lecture d’un texte continu [ ] un œil [ ] 2 yeux[ ] cataracte[ ] pseudophakie [ ]  bilatérale [ ]  OD [ ]  OG[ ] aphakie [ ]  bilatérale [ ]  OD [ ]  OG[ ] nystagmus[ ] a des difficultés pour lire[ ] autres ................................................................................................................................................. |

|  |
| --- |
| **Diagnostic**..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................Date de début de l’affection/maladie : ........../........../..........**Traitement actuel** .................................................................................................................................................................**Pronostic**La pathologie peut-elle être améliorée ? [ ] oui [ ] nonSi oui, de quelle façon ? .......................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| **Champ visuel**  **Schéma de périmétrie de Goldmann** |

**Cachet et signature du médecin**