

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 PL

Vision de près :

- OD :/10 - OG :/10 - Binoculaire :/10

Correction OD : Correction OG :

Correction de lecture :

Perception des couleurs limitée : oui non

Photophobie :

Champ visuel

Rétrécissement concentrique : ° OD OG binoculaire

< 5° OD OG binoculaire

Hemianopsie : homonyme droite homonyme gauche

hétéronyme binasale hétéronyme bitemporale

horizontale supérieure horizontale inférieure

Quadransopie : supérieure inférieure

nasale temporale

Si monophthalmie : 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

Informations complémentaires

scotomes centraux

incapacité totale pour lire un texte continu

un œil 2 yeux

trouble visible lors 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

.....

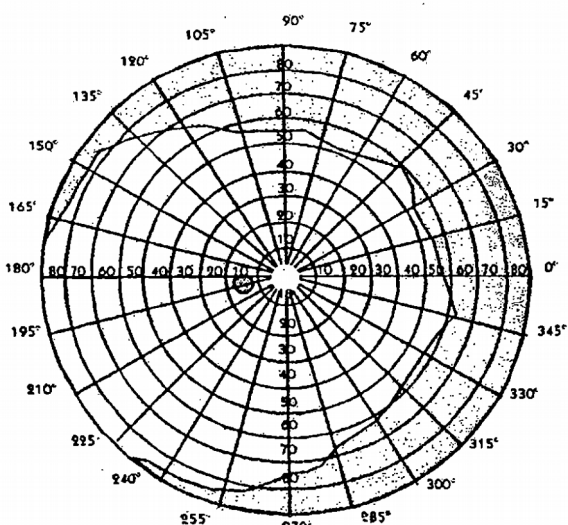
Pronostic

La pathologie peut-elle être améliorée ? oui non

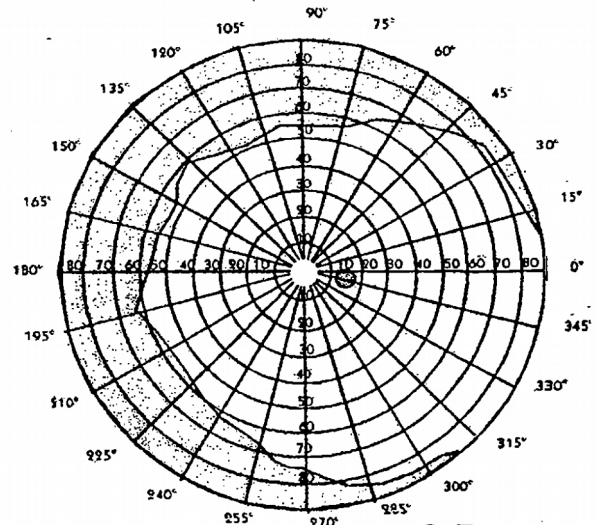
Si oui, de quelle façon ?

Champ visuel

Schéma de périmétrie de Goldmann



O.G.



O.D.

Cachet et signature du médecin

.....
.....