



281, avenue Lanark  
Ottawa ON K1Z 6R8  
613 761-9300 (téléphone)  
613 761-9301 (télécopieur)

## Rapport médical de la vision / Medical eye report

Faire parvenir ce formulaire dûment rempli à l'adresse ci-dessus  
Please send this form filled out to the above address

Signature des parents/tuteurs/Parent's or guardian's signature

**À remplir par le spécialiste de la vue / To be filled out by the eye specialist**

### Renseignements du patient/ Patient's information :

|                        |                            |                 |
|------------------------|----------------------------|-----------------|
| <b>Prénom<br/>Name</b> | <b>Nom<br/>Family name</b> |                 |
| <b>DDN<br/>DOB</b>     | <b>Sexe</b>                | <b>F      M</b> |

### Nom des parents ou tuteurs/Parent's or guardian's name

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
|                          |                          |
| Adresse/Address :        | Adresse/Address :        |
| Téléphone/phone number : | Téléphone/phone number : |
| Cellulaire/Cell :        | Cellulaire/Cell :        |
| Travail/Work :           | Travail/Work :           |
| Courriel/email :         | Courriel/email :         |

### Date de l'examen/ Examination date :

|                             |
|-----------------------------|
| <b>Diagnostic/Diagnosis</b> |
| Primaire/primary :          |
| Secondaire/secondary :      |

### Pronostic/Prognosis

- État stable/Stable
- État incertain/Uncertain
- Amélioration/Improvement
- Détérioration/Deterioration

## Acuité visuelle/Visual Acuity

|   |                           | Vision éloignée<br>Distance vision | Vision rapprochée<br>Near vision |
|---|---------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <b>Sans aide<br/>Unaided</b>  | Oeil droit /<br>Right eye |                                    |                                  |
|   | Oeil gauche<br>/ Left Eye |                                    |                                  |
|   | Deux yeux /<br>Both eyes  |                                    |                                  |
| <b>Avec lunettes<br/>(si prescrites)<br/>With glasses<br/>(if prescribed)</b> | Oeil droit /<br>Right eye |                                    |                                  |
|   | Oeil gauche<br>/ Left Eye |                                    |                                  |
|   | Deux yeux /<br>Both eyes  |                                    |                                  |

## **Champ visuel/visual field**

Sans anomalie/  Défaut de vision centrale/  Défaut de vision périphérique  Perception de profondeur

No abnormality

Central defect

Peripheral defect

Depth perception

Autres anomalies/ Other abnormalities \_\_\_\_\_

## **Sensibilité au contraste/Contrast sensitivity**

Aucune anomalie/No abnormalities

Anormale/Abnormal

## **Vision chromatique/Chromatic vision**

Aucune anomalie/ No abnormalities

Anormale/Abnormal

## **Vision binoculaire/Binocular vision**

Binoculaire/Binocular  Fonctionnement monoculaire/Monocular  Strabique/Strabismic

## **Équipements suggérés/Suggested equipment**

**Exemples** : Caméra d'agrandissement/Zoom Camera, Portable/Laptop, Zoomtext.....

ou autres/or others : \_\_\_\_\_

## Autres remarques/Additional comments

a) restrictions dans les activités physiques / restrictions of physical activities :

\_\_\_\_\_

b) emplacement stratégique dans la classe / special seating requirements :

\_\_\_\_\_

c) éclairage spécial / special lighting requirements:

\_\_\_\_\_

## Matériel adapté/Adapted materials

- Braille/Braille                      oui / yes     non / no     peut-être plus tard / Maybe later
- Gros caractères/ large print    oui / yes     non / no     peut-être plus tard / Maybe later
- Digital auditif/digital auditory    oui / yes     non / no     peut-être plus tard / Maybe later
- Etext, Kurzweil, autres/others \_\_\_\_\_

## Réévaluation visuelle conseillée/ Reassessment of vision recommended

- À chaque année                       Tous les 6 mois                       À tous les deux ans  
Each year                                      Every 6 months                      Every other year

## Orientation et mobilité/Orientation and mobility

- C'est mon avis professionnel que l'on devrait considérer la possibilité de fournir à l'élève des sessions de formation/It is my professional opinion that this student should be considered for training sessions.
- Oui / Yes                                       Non/No                                       Peut-être plus tard/Maybe later

## Autres renseignements/Other information

- Veuillez ajouter ici toute autre information pertinente sur la vue du patient/Provide any additional pertinent information on the patient's sight

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <b>Nom du spécialiste de la vue/ Name of Eye Specialist (en lettres moulées/please print)</b> |                            |
|   |                            |
| <b>Signature (spécialiste de la vue/Eye Specialist)</b>                                       |                            |
|   |                            |
| <b>Adresse/Address :</b>  |                            |
|   |                            |
| <b>Téléphone / Phone :</b>  | <b>Télécopieur / FAX :</b> |
|   |                            |
| <b>Date :</b>   |                            |
|   |                            |