



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 :

Prénom Name	Nom Family name	
DDN DOB	Sexe	F M

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 :

Diagnostic/Diagnosis
Primaire/primary :
Secondaire/secondary :

Pronostic/Prognosis

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

Acuité visuelle/Visual Acuity

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

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