

\*MCQ00158\*

MCQ00158

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dossier DI-TSA : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | |
| Dossier DP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | |
| Dossier ICLSC : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | | | | |
| Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | | | |
| Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | | | | | |
| D.D.N. : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_ |  | | -- |  | -- |  |
| AAAA MM JJ | | | | | | |

**DEMANDE DE SERVICES DI-TSA-DP**

**Guichet d’accès Accueil-Évaluation-Orientation-Liaison (AEOL)**

**RAPPORT OCULO-VISUEL (Annexe 1)**

**Programme en déficience visuelle**

SVP annexez au formulaire « Demande de services DI-TSA-DP » complété

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **identification DU RÉFÉRENT** | | | | | | | | | |
| Nom : |  | | | | Profession : | | |  | |
| Établissement : |  | | | | | | | | |
| Téléphone : |  | | | | Télécopieur : | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | **OD** | | | **OG** | | | |
| **Diagnostic** | | |  | | |  | | | |
| **Acuité visuelle**  **avec corrections (loin)** | | |  | | |  | | | |
| **Prescription de lunette** | | |  | | |  | | | |
| **Champ visuel (en degrés)** | | |  | | |  | | | |
| **⮳Médication**  **Traitement**  **⮱Chirurgie** | | |  | | |  | | | |
| Date du dernier examen : | |  | | Date d’apparition de la déficience : | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| Motif de la référence (indiquez si perte subite de vision; sécurité compromise, etc.) : | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| \*S’il y a atteinte des champs visuels, joindre une copie des tests | | | | | | | | | |
| Signature du référent :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | |  | | | AAAA/MM/JJ | | | |
|  | | | | | | | | | |