

\*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 |
|  |