**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE**

PROGRAMME PROVINCIAL DE DÉVELOPPEMENT DES HABILETÉS COMPENSATOIRES AVEC

UTILISATION D’UN SYSTÈME TÉLESCOPIQUE BIOPTIQUE POUR LA CONDUITE AUTOMOBILE

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE L’USAGER**  **NOM :**  **PRÉNOM :** **COURRIEL :**  **ADRESSE :** **CODE POSTAL :**  **DOMICILE :** **CELL. :** **TRAVAIL :**  **DDN :** **NAM :** **EXP. :** |
| **NOM DU PROFESSIONNEL DE LA VISION :**  **MD**  **OD**  **SIGNATURE :** **DATE DE LA RÉFÉRENCE :**  TIMBRE D’ADRESSE  **ADRESSE :** |
| **CRITÈRES DE PRÉ-ADMISSIBILITÉ**   * Avoir un diagnostic relatif à une déficience visuelle. * Avoir une acuité visuelle supérieure à 6/60 dans le meilleur oeil ainsi qu’en vision binoculaire. * Posséder un champ visuel monoculaire de chaque oeil d’au moins 100 degrés à l’horizontale et 80 degrés à la verticale et de plus, posséder un champ visuel binoculaire de 100 degrés à l’horizontale et 80 degrés à la verticale sans scotome * Avoir une condition oculaire suggérant un pronostic de stabilité visuelle. |

**Veuillez nous faire parvenir la référence au :**

**SERVICE ACCUEIL-ÉVALUATION-ORIENTATION**

Institut Nazareth et Louis-Braille

1111, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Tour Ouest

Longueuil (Québec) J4K 5G4

**Courriel :** [service.aeo.inlb@ssss.gouv.qc.ca](mailto:service.aeo.inlb@ssss.gouv.qc.ca)

**Téléphone :** 450 463-1710 ou 1 800 361-7063, poste 216

**Télécopieur :** 450 463-0243

|  |
| --- |
| **DATE DU DERNIER EXAMEN :** **USAGER CONNU DEPUIS :**  **DATE D’APPARITION DE LA DÉFICIENCE VISUELLE :**  **DIAGNOSTIC : O.D.**  **O.S.**  **ÉTIOLOGIE :**  **MEILLEURE ACUITÉ VISUELLE À DISTANCE (avec corrections ophtalmiques)**  **O.D. :** **O.S. :** **O.U. :**  **RÉFRACTION : O.D.** **O.S.**  **CHAMPS VISUELS PÉRIPHÉRIQUES (joindre une copie des champs visuels, si possible)**  **O.D. HORIZONTAL** **O.S. HORIZONTAL**  **VERTICAL** **VERTICAL**  **CHAMPS VISUELS BINOCULAIRES**  **HORIZONTAL** **VERTICAL**  **TENSION INTRAOCULAIRE**  **O.D.** **O.S.** **mm Hg.**  **PRONOSTIC SUR CONDITION VISUELLE :**  **AMÉLIORATION**  **STABILITÉ (stable depuis)**   **DÉTÉRIORATION** |
| **RÉSULTATS D’AUTRES TESTS** (ex. : électrophysiologies, vision des couleurs, sensibilité aux contrastes) |
| **COMMENTAIRES/RECOMMANDATIONS** |