

Formulaire d'aiguillage

RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE VISUELLE CANADA

Nous vous remercions d'avoir choisi d'aiguiller votre patient vers Réadaptation en déficience visuelle Canada. Dès que nous aurons reçu ce formulaire, nous entrerons en contact avec votre patient pour procéder à l'élaboration de son plan de réadaptation personnalisé.

Date de l'examen : ____/____/____ DDN du patient : ____/____/____
AAAA MM JJ AAAA MM JJ

Nom de famille du patient : _____ Prénom du patient : _____

Adresse du patient : _____/_____/_____/_____
Rue Ville Province Code postal

N° de téléphone du patient : _____

N° de la carte d'assurance-maladie provinciale du patient : _____

Le patient a autorisé la divulgation des renseignements relatifs à sa vision.

Date du consentement : ____/____/____

Nom d'une personne-ressource suppléante : _____ N° de téléphone : _____

Nom de la personne ayant donné le consentement (si différent du nom indiqué ci-haut) : _____

MAVC Vision de loin : OD : _____ OS : _____ OU : _____

MAVC Vision de près : OD : _____ OS : _____ OU : _____

Champ visuel : Anormal Normal Si anormal, décrire la perte de champ visuel en degrés : OD : _____ OS : _____

Type de perte de champ visuel (par ex. hémianopsie) _____

Cause principale de la perte de vision : OD : _____ OS : _____

Cause secondaire de la perte de vision : OD : _____ OS : _____

Motif de l'aiguillage : _____

Correction actuelle si connue : OD : _____ OS : _____

Optométriste Ophtalmologiste

Nom : _____ Autre professionnel de la santé

Adresse de la clinique ou du bureau : _____/_____/_____/_____
Rue Ville Province Code postal

N° de tél. : _____ N° de téléc. : _____

Signature : _____ N° de permis de pratique : _____

Observations additionnelles (par ex. sensibilité aux contrastes) : _____