

# **ANNEXE 5-D**

## **Rapport diagnostic**

## **Déficiences visuelle**

**Ce rapport doit être rempli par l'optométriste ou l'ophtalmologiste**

## Rapport diagnostic Déficience visuelle

Si la personne présente une acuité visuelle (de chaque œil) inférieure à 6/21 (20/70) ou un champ de vision (de chaque œil) inférieur à 60° dans les méridiens 180° ou 90° après correction, **ce rapport doit être rempli par l'optométriste ou l'ophtalmologiste.**

*Les renseignements fournis demeurent confidentiels.*

### Identification de la personne

Nom :	Prénom :
Adresse :	Code postal :
Numéro d'assurance maladie :	

### 1. Diagnostic médical

---

---

---

---

### 2. Après correction, est-ce que la personne présente une acuité visuelle (de chaque œil) inférieure à 6/21 (20/70) ou un champ de vision (de chaque œil) inférieur à 60° dans les méridiens 180° ou 90° ?

Oui  Non

---

---

Acuité visuelle	Champ visuel
OD : _____	OD : _____
OS : _____	OS : _____

### 3. Préciser la cause et la date d'apparition du diagnostic en cochant la case appropriée.

- À la naissance : \_\_\_\_\_
- Due à une maladie : laquelle? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
- Accident de travail : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
- Accident de la route : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
- Autre, précisez : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
-

**4. Le diagnostic de la personne entraîne-t-il des limitations fonctionnelles?**

Non

Oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

Ces limitations sont :  Permanentes :

Temporaires, d'une durée probable de : \_\_\_\_\_

Intermittentes, **précisez** : \_\_\_\_\_

**5. Aides techniques**

**A. La personne utilise-t-elle de façon régulière des aides techniques, ou tout autre moyen pour compenser ses limitations fonctionnelles ?**

Non

Oui, lesquelles : \_\_\_\_\_

**B. De quelle façon l'aide technique utilisée compense-t-elle les limitations fonctionnelles de la personne?**

Complètement

Partiellement, expliquez : \_\_\_\_\_

Ne compense pas, pourquoi : \_\_\_\_\_

**6. L'état de la personne laisse-t-il entrevoir une récupération possible?**

Non, pourquoi ? \_\_\_\_\_

Oui, de façon :  Complète

Partielle, **expliquez**: \_\_\_\_\_

7. a) La personne est-elle limitée dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne?

Non : \_\_\_\_\_

Oui, expliquez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. b) La personne est-elle atteinte d'une déficience significative et persistante?

Non : \_\_\_\_\_

Oui, expliquez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. **Recommandation des services requis**

Les traitements nécessaires à la personne sont-ils offerts sur le territoire de la Côte-Nord?

Non       Oui

Dans l'affirmatif, si cette personne doit être référée à l'**extérieur** de la région 09-Côte-Nord, en **précisez** les raisons :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***La partie suivante doit être remplie pour l'analyse du dossier. Il est à noter que les services médicaux doivent être en lien avec la déficience de la personne et prescrits par un professionnel de la santé.***

9. **Précisez les services médicaux requis ainsi que l'établissement où sont dispensés offerts les services :**

Établissement : \_\_\_\_\_ Établissement : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Services requis : \_\_\_\_\_ Services requis : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_ Établissement : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Services requis : \_\_\_\_\_ Services requis : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 10. Déplacement

### A. Moyen de transport

Préciser le moyen de transport qui répond aux besoins de la personne ?

Automobile

Autobus

Avion : Quelles sont les difficultés de cette personne qui l'obligent à voyager par avion? *Pour que les frais de transport par avion soient remboursés, cette partie doit être remplie. Pour la clientèle n'ayant pas d'accès routier, l'avion est accepté d'office.*

---

---

---

### B. Besoin d'accompagnateur

Les raisons mentionnées doivent démontrer que la sécurité de la personne est en cause et qu'il est impossible pour elle de voyager de façon autonome. **L'accompagnateur est accepté lorsqu'il s'agit d'une personne âgée de moins de 18 ans ou de 75 ans et plus.**

La personne doit-elle être accompagnée dans ses déplacements ?

Non, la personne peut voyager seule.

Oui, **expliquez** : \_\_\_\_\_

---

---

---

## 11. Signature du professionnel

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Spécialité \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_ N° de pratique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du professionnel

\_\_\_\_\_  
Date

**Important** : Veuillez identifier les limitations fonctionnelles à la page suivante.

## Identification des limitations fonctionnelles – Adolescent et adulte

Voici une liste d'activités de la vie quotidienne réalisées généralement par une personne âgée de 14 ans et plus. Pour chacune des actions, cochez la réponse qui décrit le mieux la manière dont elle peut l'accomplir habituellement en fonction de son état actuel.

Communication	Adéquat	Problème	Types de compensation ou explications
Voir			
Entendre			
Parler			

AVQ* / AVD* / Mobilité	N/A *	Capable seul		Avec aide		Incapable
		avec difficulté	sans difficulté	d'une personne	technique	
1. Se nourrir						
2. Hygiène personnelle						
3. S'habiller/se déshabiller						
4. Installer orthèse/prothèse						
5. Utiliser les toilettes						
6. Lever/coucher/transferts						
7. S'étirer, se baisser						
8. Se déplacer						
9. Utiliser les escaliers						
10. Utiliser les transports						
11. Entretenir la maison						
12. Préparer les repas						
13. Faire les courses						
14. Faire la lessive						
15. Utiliser le téléphone						

Fonctions mentales	Adéquat	Problème	Explications
1. Mémoire			
2. Orientation			
3. Compréhension			
4. Jugement			

**Soins particuliers / Commentaires :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*N/A : Non applicable.

AVQ : Activités de la vie quotidienne

AVD : Activités de la vie domestique

## Identification des limitations fonctionnelles - Enfant

Voici une liste d'activités de la vie quotidienne réalisées généralement par une personne **âgée de 13 ans et moins**. Pour chacune des actions, cochez la réponse qui décrit le mieux la manière dont elle peut l'accomplir habituellement en fonction de son état actuel.

Communication	Adéquat	Problème	Types de compensation ou explications
Voir			
Entendre			
Parler			

AVQ* / Mobilité	N/A *	Capable seul		Avec aide		Incapable
		avec difficulté	sans difficulté	d'une personne	technique	
1. Rouler du dos au ventre et vice-versa						
2. Tenir assis						
3. Ramper à plat ventre						
4. Se déplacer à 4 pattes						
5. Marcher						
6. Prendre les objets						
7. Manipuler les jouets						
8. Gribouiller, faire un dessin						
9. Se nourrir						
10. S'habiller / se déshabiller						
11. Se lever / se coucher						
12. Utiliser les escaliers						
13. Lire / écrire						
14. Utiliser les toilettes						

<b>Soins particuliers / Commentaires :</b> _____

\*N/A : Non applicable.  
 AVQ : Activités de la vie quotidienne  
 AVD : Activités de la vie domestique