



DOSSIER :

NOM :
PRÉNOM :
NAM :
D D N :
(AAAA-MM-JJ)
PÈRE :
MÈRE :

**RÉFÉRENCE
PROGRAMME DÉFICIENCE VISUELLE**

Adresse de l'utilisateur :	
# Téléphone :	Adresse courriel :
Autre personne à contacter :	Lien :
<p><u>CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ (VOIR AIDE-MÉMOIRE POUR INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES)</u></p> <p>L'acuité visuelle, après correction à l'aide de lentilles ophtalmiques, doit être égale ou inférieure à 6/15 pour le meilleur oeil ET/OU le champ visuel de chaque oeil doit être inférieur à 60° dans les méridiens 180° et 90°a diminution doit être inférieure à 60 degrés soit en horizontal ou en vertical. La personne doit présenter des incapacités significatives et persistantes au niveau de la réalisation des habitudes de vie, et ce, en lien avec cette déficience visuelle.</p> <p>Particularités : Le diagnostic d'albinisme oculo-cutané est caractérisé par la présence d'hypersensibilité à la lumière, d'un nystagmus associé la plupart du temps, et d'une baisse d'acuité visuelle importante (6/24 ou 6/30). Ainsi, ces diagnostics sont toujours éligibles, mais un rapport d'ophtalmologiste ou d'optométriste est quand même nécessaire pour l'optométriste au programme.</p> <p><u>DIAGNOSTIC VISUEL :</u></p> <p>OD : _____</p> <p>OS : _____</p> <p><u>ACUITÉ VISUELLE (DE LOIN, AVEC LUNETTES) :</u></p> <p>OD : _____ <u>PRESSION INTRAOCULAIRE :</u> OD : _____</p> <p>OS : _____ OS : _____</p> <p><u>CHAMPS VISUELS :</u></p> <p>OD : _____ <u>RX LUNETTE :</u> OD : _____</p> <p>OS : _____ OS : _____</p> <p>Pour les champs visuels, joindre une copie de la périmétrie électronique (central et/ou périphérique)</p> <p><u>PERMIS DE CONDUIRE :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Patient avisé de ne plus conduire <input type="checkbox"/> Rapport envoyé à la SAAQ <input type="checkbox"/> Patient non avisé</p>	

Nom :



Site :
Dossier:

MOTIF(S) DE RÉFÉRENCE (QUEL EST LE BESOIN DE RÉADAPTATION) *OBLIGATOIRE*

(Déplacements difficiles, lecture, réalisation AVQ/AVD, difficultés psychosociales liées à la déficience visuelle, 2^{ème} appareil auditif RAMQ)

À noter que si aucun besoin en réadaptation n'est inscrit sur ce formulaire, il vous sera retourné pour complétion

Avez-vous déjà fait une référence en déficience visuelle pour cet usager? Oui Non

Voulez-vous un suivi de la demande? Oui Non

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (SECTION FACULTATIVE) :

NOM DU RÉFÉRENT (LETTRES MOULÉES) : _____ **SIGNATURE :** _____

DATE DE RÉFÉRENCE : _____

TRANSMETTRE VOTRE DEMANDE :

GUICHET D'ACCÈS UNIQUE

Déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme et déficience physique

Téléphone : 418-695-7084 **Télécopieur :** 418-695-7082

Courriel : accueil.le.parcours@ssss.gouv.qc.ca