

Professionnel des soins de la vue - Formulaire d'aiguillage

Nous vous remercions d'avoir choisi Réadaptation en déficience visuelle Canada. Nous sommes là pour vous aider à aiguiller votre patient. Veuillez remplir tous les champs de ce formulaire afin que nous puissions élaborer le meilleur plan de réadaptation possible.

***Indique les champs obligatoires.** Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur au 1-844-268-7294.

Date de l'aiguillage :

Section un : Renseignements sur le patient

*Bureau de RDVC le plus près du patient :

*N° de carte d'assurance maladie		*Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
*Nom de famille		*Prénom	
Sexe			
*Adresse 1		Adresse 2	
*Ville/Village		*Province/Territoire	
* N° de téléphone		* Autre n° de téléphone	
Courriel			
Langue préférée		Si autre, veuillez préciser	
Nom du contact suppléant		n° de téléphone du contact suppléant	

Section deux : Renseignements supplémentaires sur le patient

1. Le patient s'identifie-t-il comme un Autochtone, par exemple un membre d'une Première nation, un Inuk (Inuit) ou un Métis?

Oui _ Non _

2. Si oui, veuillez fournir **UN** des éléments suivants :

A. Premières nations

Numéro d'inscription à la Loi sur les Indiens (statut) : _____, ou

Numéro d'identification fourni par les SSNA (numéro B) : _____

OU

B. Métis

Numéro de bande + numéro de famille (sans espace) : _____,

Numéro du Registre des Indiens (Statut) : _____,

OU

C. Inuk (Inuit)

Numéro du régime de santé des Territoires du Nord-Ouest : _____, ou

Numéro du régime d'assurance maladie du gouvernement du Nunavut :
_____, ou

Numéro d'identification du client des SSNA ([numéro N](#)) : _____

3. Le patient est-il un membre actuel, ancien ou retraité des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada (GRC)?

Oui _ Non _ Ne sait pas ____

4. Si oui, peut-il fournir un numéro K?

Oui _ Numéro de dossier K : _____

Non _ Ne sait pas ____

Section trois : Raison(s) de l'aiguillage du patient

Incidence de la perte de vision sur la qualité de vie du patient (p. ex. sécurité, travail/études, vie quotidienne, autre) :

- a. En raison de sa perte de vision, le patient a-t-il fait une chute au cours des trois derniers mois?

Oui _ Non _ Ne sait pas ____

- b. En raison de sa perte de vision, le patient a-t-il subi des brûlures?

Oui _ Non _ Ne sait pas ____

- c. En raison de sa perte de vision, le patient risque-t-il de perdre son emploi?

Oui _ Non _ Ne sait pas ____

- d. En raison de sa perte de vision, le patient risque-t-il d'échouer dans ses études?

Oui _ Non _ Ne sait pas ____

- e. En raison de sa perte de vision, le patient a-t-il pris accidentellement le mauvais médicament?

Oui _ Non _ Ne sait pas ____

Section quatre : Examen des yeux

1. * Le patient a-t-il subi un examen ophtalmologique au cours des 12 derniers mois?

Oui _ Non _ Ne sait pas ____

Date de l'examen : ____

Nom de l'ophtalmologiste : _____

Diagnostic :

Section cinq : Renseignements sur la vision du patient (à remplir par le professionnel des soins de la vue)

Date de l'examen : _____

Nom du médecin prescripteur : _____

AV de loin (meilleure correction).

OD (œil droit) :

OS (œil gauche) :

OU (deux yeux) :

AV de proche (meilleure correction).

OD (œil droit) :

OS (œil gauche) :

OU (deux yeux) :

Rx OD (œil droit) :

Ajouter :

Rx OS (œil gauche) :

Ajouter :

Correction actuelle :

___ La correction actuelle est la même que la Rx pour l'OD et l'OS.

Correction actuelle - OD (œil droit) : _____

Ajouter : _____

Correction actuelle - OS (œil gauche) : _____

Ajouter : _____

Champ visuel :

Champ visuel :

Décrire la perte de champ - OD (œil droit) Champ visuel en degrés :

Description de la perte de champ :

Décrire la perte de champ - OS (œil gauche)

Champ visuel en degrés :

Description de la perte de champ :

Cause principale de la perte de vision :

OD (œil droit) :

OS (œil gauche) :

Cause secondaire de la perte de vision :

OD (œil droit) :

OS (œil gauche) :

Principale raison fonctionnelle de l'aiguillage (par exemple, le patient a du mal à lire les caractères d'imprimerie) :

Autres conditions ou limitations médicales :

Diabète

Accident vasculaire cérébral

Dépression

Démence

Sclérose en plaque

Autre : _____

Section six : Consentement

* Le patient est-il au courant de cet aiguillage et a-t-il donné son consentement à la divulgation de ses renseignements à RDVC?

Oui _ Non _

Date du consentement :

Si le consentement est donné par un mandataire spécial, veuillez remplir ce qui suit :

Nom de la personne consentante : _____ Prénom : _____

Lien avec le patient : _____

Numéro de téléphone pendant la journée : _____

Date du consentement du mandataire spécial : _____

Section sept : Renseignements sur le professionnel des soins oculaires

Je suis un :

Ophthalmologue _ Optométriste _ Neuro-ophtalmologue __

Autre professionnel des soins oculaires _

Licence d'exercice n° __

*Nom		*Prénom	
*Adresse de la clinique ou du bureau		Adresse 2 de la clinique ou du bureau	
*Ville/Village		*Province/Territoire	
*Code postal		*Courriel	
*N° de téléphone		N° de télécopieur	