

Formulaire d'aiguillage pour professionnel des soins de la vue

Merci d'avoir choisi Réadaptation en déficience visuelle Canada. Nous sommes ici 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. Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par télécopieur au 1 844 268-7294.

Date de l'examen : / /
 année/mois/jour

Date d'aiguillage : / /
 année/mois/jour

Information sur le patient

Nom de famille : _____ Prénom : _____

DDN : / / N° de carte santé
 année/mois/jour provinciale : _____

Adresse : / / /
 rue ville province code postal

N° de téléphone : _____ Autre n° de téléphone : _____

Adresse de courriel : _____

Nom d'une autre personne-ressource : _____ No de téléphone de l'autre personne-ressource : _____

S'agit-il d'un(e) membre actuel(le), ancien(ne) ou retraité(e) des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada? Oui/Non Si oui, no d'identification _____

S'agit-il d'un(e) membre actuel(le), ancien(ne) ou retraité(e) des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada? Oui/Non Si oui, no K: _____

Consentement

Le patient a consenti à la divulgation de l'information relative à sa vision : Oui/Non Date de consentement: / /
 _____ année/mois/jour

Si le consentement a été donné par un décideur substitut, veuillez remplir ce qui suit :

Nom de la personne ayant donné le consentement : _____ Prénom de la personne ayant donné le consentement : _____

Relation : _____ N° de téléphone de la personne ayant donné le consentement : _____

Date à laquelle cette personne a donné le consentement : / /
 année/mois/jour

Information sur l'affection oculaire

MAVC (de loin) : OD : _____ OS : _____ OU : _____

MAVC (de proche) : OD : _____ OS : _____ OU : _____

Champ visuel : Anormal ☐ Normal ☐

Si anormal, indiquer la perte de champ (en degrés) : OD : _____ OS : _____

Type de perte de champ (par ex., hémianopsie) : _____

Condition/cause première de la perte de vision : OD : _____ OS : _____

Condition/cause secondaire de la perte de vision : OD : _____ OS : _____

État actuel (si connu) : OD : _____ OS : _____

Raison de l'aiguillage (décrire les problèmes fonctionnels liés à la vision; par ex., la personne a du mal à lire les caractères d'imprimerie) :

Information sur la personne faisant l'aiguillage

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse de la
clinique/du
bureau : _____ / _____ / _____ / _____
rue ville province code postal

N° de téléphone : _____ Adresse de courriel : _____

No de télécopieur _____ No du permis d'exercice : _____

Je suis : Optométriste Ophtalmologiste Neuro-ophtalmologiste Autre
Veuillez préciser:

Signature : _____