

Centre de Rééducation Professionnelle  
Paul et Liliane Guinot

FORMATION PROFESSIONNELLE POUR AVEUGLES ET MALVOYANTS

24/26 boulevard Chastenet de Géry  
94814 Villejuif Cedex  
Tél : 01 46 78 01 00- Fax : 01 46 78 50 35  
[crp@guinot.asso.fr](mailto:crp@guinot.asso.fr)

---

## FORMULAIRE OPHTALMOLOGIQUE

**Ce formulaire est destiné au médecin de l'établissement sous pli confidentiel**

---

Nom et Prénoms du candidat \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Coordonnées de l'ophtalmologiste référent : \_\_\_\_\_

**Pathologie ophtalmologique active et diagnostic** \_\_\_\_\_

Date d'apparition de l'affection \_\_\_\_\_

Date d'apparition d'une gêne fonctionnelle \_\_\_\_\_

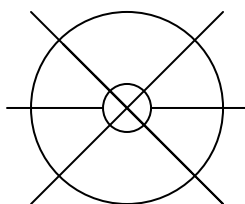
Evolution (étapes et traitement) \_\_\_\_\_

<b>Acuité visuelle de loin :</b>	<b>Œil droit</b>	<b>Œil gauche</b>
- sans correction	_____	_____
- avec correction	_____	_____
- correction	_____	_____

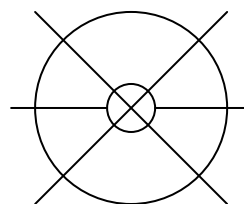
<b>Acuité visuelle de près :</b>	<b>Œil droit</b>	<b>Œil gauche</b>
- sans correction	_____	_____
- avec correction	_____	_____
- correction	_____	_____

## Champ visuel

**Merci de joindre la photocopie du dernier examen réalisé (le schéma ci-dessous n'est là qu'à titre indicatif)**



OD



OG

Tonus oculaire :

OD :

OG :

**Photophobie :** OUI  NON

Si oui, quelle est l'intensité ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Héméralopie** (cécité nocturne) OUI  NON

Sensibilité aux faibles contrastes OUI  NON

Nystagmus OUI  NON

Si oui, détaillez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Strabisme OUI  NON

Si oui, détaillez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vision des couleurs / dyschromatopsie / Monochromie : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diplopie : OUI  NON

Si oui, détaillez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Résultats d'examens complémentaires éventuels (PEV –ERG – IRM) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Traitement actuel (médical, rééducation) et surveillance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Pensez-vous nécessaire de mettre en place un suivi rééducatif lors de la formation (orthoptie, locomotion, autre...) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Cachet et signature