|  |  |
| --- | --- |
| **GUICHET D’ACCÈS CENTRALISÉ****DI-TSA-DP****DÉFICIENCE VISUELLE** |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE** |
| NOM : |       | PRÉNOM : |       |
| Date de naissance : |            | Sexe : | F [ ]  M [ ]  |
| Numéro d’assurance-maladie |       | Expiration : |       |
| Adresse : |       | Ville :  |       | Code postal :       |
| Téléphone : | Rés. :       | Cell :       | Travail :       Poste :      |
| Courriel : |       |
| Mode de communication : Téléphone [ ]  ATS [ ]  | Loi : LSSSS [ ]  LPJ [ ]  |
|  |
| **DEMANDEUR** |
| Nom du professionnel :       | Numéro du professionnel :       |
| Téléphone :       | Télécopieur :       |
| Signature :       | Date :       | MD [ ]  OD [ ]  Date :       |
|  |
| **ÉTAT OCULO-VISUEL** |
| Date du dernier examen visuel :       |
| Diagnostic OD |       |
| OS |       |
| Résultats tests électrophysiologiques :       |
| Date apparition de la déficience visuelle :       |
|  |
| Pronostic :       |
| Réfraction OD :       |
|  OS :       |
|  | **O.D.** | **O.S.** | **O.U.** |
| Acuité visuelle de loin (6 m) |       |       |       |
| Avec correction ophtalmique |       |       |       |
| Pression intraoculaire |       |       |  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
| **CHAMP DE VISION PÉRIPHÉRIQUE** |
| **premier oeil** | **premier oeil** |
| Cible :       |

|  |
| --- |
| **RETOURNEZ LE FORMULAIRE AU  GUICHET D’ACCÈS CENTRALISÉ DI-TSA-DP**  |
| Par la poste : 1180, boulevard Manseau, Joliette (Québec), J6E 3G8Par télécopieur : 450 756-2898Par courriel : guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.caPour information : 1 877 322-2898 |