|  |  |
| --- | --- |
| **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 3G8  Par télécopieur : 450 756-2898  Par courriel : [guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.ca](mailto:guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.ca)  Pour information : 1 877 322-2898 |