



Nom		Prénom	
Date naissance	Âge	Sexe	
	ans	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin
N° d'assurance maladie		Expiration	
Langue parlée			
<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre :			

APPLICATION :

CRDI-TSA-DP

DEMANDE DE SERVICE – Déficience visuelle Rapport oculo-visuel

Date de réception de la demande : _____

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Date du rapport oculo-visuel (aaaa-mm-jj)		Date du dernier examen (aaaa-mm-jj)	
Diagnostic principal			
Autre(s) diagnostic(s) <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> TSA <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> DM (précisez) :			
Acuité visuelle	Acuité visuelle au loin (à 6 m) <i>(information obligatoire)</i>	<input type="checkbox"/> Avec RX <input type="checkbox"/> Sans RX	OD OS
	Acuité visuelle de près <i>(information optionnelle)</i>	<input type="checkbox"/> Avec RX <input type="checkbox"/> Sans RX	
Champ visuel	Champs visuel (en degré)		OD OS
		H	
		V	
	Scotome		

HABITUDES DE VIE PERTURBÉES PAR LE PROBLÈME DE VISION

Cochez les habitudes de vie perturbées par le problème de vision :

- | | |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Se nourrir | <input type="checkbox"/> Entretien sa résidence (ménage, gazon, neige) |
| <input type="checkbox"/> Se vêtir | <input type="checkbox"/> Se déplacer (dans la rue, sur le trottoir, au centre d'achat) |
| <input type="checkbox"/> S'occuper de son hygiène corporelle | <input type="checkbox"/> Faire des achats (reconnaître la monnaie, utiliser une carte bancaire) |
| <input type="checkbox"/> Lire et écrire | <input type="checkbox"/> Utiliser les appareils de communication (téléphone, ordinateur, télévision, radio, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Occuper un travail (rémunéré ou bénévole) | <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : |

Est-ce que votre client conduit encore un véhicule automobile? Oui Non

Avez-vous fait une démarche de déclaration auprès de la SAAQ? Oui Non

AUTORISATION DU RÉFÉRÉ

Le client ou son représentant légal autorise le référent à transmettre les informations relatives à la demande de service.

Signature du client ou de son représentant légal

Date de la signature

RÉFÉRENT

Nom et prénom		Profession	
Adresse			Code postal
_____ Signature du référent	_____ Numéro de permis	_____ Date	

*** Veuillez prendre note que tous les champs sont obligatoires pour l'analyse du dossier**

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

<ul style="list-style-type: none">▪ Aux services de réadaptation en déficience visuelle▪ Aux services spécialisés d'optométrie en basse vision▪ Au programme des aides visuelles de la RAMQ	<p>Les personnes présentant pour chaque œil, après corrections au moyen de lentilles ophtalmiques, à l'exclusion des systèmes optiques spéciaux et des additions supérieures à 4 dioptries, l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Une acuité visuelle inférieure à 6/21.▪ Une acuité visuelle égale ou inférieure à 6/18 pour les personnes qui ont un problème de vision dégénérative, une déficience physique, que ce soit une déficience motrice, auditive ou du langage, ou une déficience intellectuelle.▪ Un champ visuel continu inférieur à 60° incluant le point central de fixation mesuré à l'horizontale ou à la verticale.▪ Une hémianopsie complète. <p>Aussi, pour ces clients, seul le volet basse vision sera assumé par l'optométriste en réadaptation. Les clients présentant des urgences oculaires seront donc redirigés vers la 1^{re} ligne (CH, cliniques d'optométrie).</p>
<ul style="list-style-type: none">▪ Aux services de réadaptation en déficience visuelle seulement	<p>Les personnes ayant un diagnostic précis relatif à une pathologie oculaire ET vivant avec des incapacités significatives amenant des difficultés dans la réalisation de leurs habitudes de vie.</p> <p><i>*Ce service est disponible pour le client non admissible au programme d'aides visuelles de la RAMQ, mais nécessitant des recommandations ou un suivi par le spécialiste en réadaptation en déficience visuelle ou le spécialiste en Orientation/Mobilité.</i></p> <p><i>Exemples :</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Recommandations de teinte pour un achat personnel de filtre solaire.</i>▪ <i>Recommandations pour des aides techniques favorisant l'accomplissement des AVQ/AVD.</i>▪ <i>Changements au niveau des propriétés d'affichage d'un ordinateur.</i>

Faire parvenir la demande à :

Guichet de réadaptation
50, rue du Belvédère, 4e étage, Ste-Anne-des-Monts (QC) G4V 1X4
Téléphone : 1-844-GUICHET | Télécopieur : 418-763-2438
Courriel : guichet.readapt.ciessgaspesie@ssss.gouv.qc.ca