

Formulaire de diagnostic médical pour athlètes avec déficience visuelle



Le formulaire doit être complété en Anglais par un ophtalmologiste enregistré. ??
Toute la documentation médicale demandée en pages 2 et 3 doit être jointe.
le formulaire et les pièces médicales jointes ne doivent pas dater de plus de 12 mois au moment de l'évaluation de l'athlète.

Renseignements sur le sportif

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Sexe : F M Date naissance : _____

Sport : _____ IF registration

NPC/NF : _____ ID ???? (le cas échéant) _____

Information médicale :

Diagnostic :

--

Historique médical :

Age de début : _____

Intervention(s) _____

prévue(s): _____

Athlète portant des oui non Correction: Droite : _____

lunettes : Gauche : _____

Athlète portant des oui non Correction : Droite : _____

lentilles de contact: Gauche : _____

Athlète portant des droite gauche

prothèses oculaires :

Traitement :

Médication oculaire utilisée par l'athlète :	
Allergies aux médicaments oculaires :	

Sportif :

Evaluation de l'acuité visuelle et du champ de vision :

Acuité visuelle

	Œil droit	Œil gauche
Avec correction		
Sans correction		

Type de correction : _____

Méthode de mesure : _____

Champ de vision :

En degrés (diamètre)	Œil droit	Œil gauche

Pièces jointes au formulaire de diagnostic médical

1. Test du champ de vision

Pour les athlètes avec un champ de vision réduit, un test de champ de vision doit être joint à ce formulaire.

Le champ de vision de l'athlète doit être évalué par un test complet (120 degrés) et un test de la vision centrale à 30 degrés, 24 degrés ou 10 degrés selon la pathologie.

Un des périmètres suivants devra être utilisé pour l'évaluation : périmétrie de Goldmann (niveau ? ou intensité III/4), analyseur de champ d'Humphrey ou Octopus (Interzeag)???

2. Documents médicaux supplémentaires (obligatoires)

Merci de préciser par quel problème oculaire l'athlète est affecté.

Problème oculaire	Documents médicaux supplémentaires exigés (voir ci-dessous)
<input type="checkbox"/> Maladie antérieure	aucun
<input type="checkbox"/> Maladie maculaire	<ul style="list-style-type: none">▪ OCT maculaire▪ ERG de modèle ou multifocal*▪ Potentiel Evoqué Visuel (PEV)*▪ Apparition du modèle PEV ???*
<input type="checkbox"/> Maladie de la rétine périphérique	<ul style="list-style-type: none">▪ ERG complet*▪ pattern ou modèle ??? ERG*
<input type="checkbox"/> Maladie du nerf optique	<ul style="list-style-type: none">▪ OCT▪ ERG complet*▪ Modèle ??? PEV*▪ Apparence ??? du modèle VEP*
<input type="checkbox"/> Maladie neurologique / corticale	<ul style="list-style-type: none">▪ Modèle ??? PEV*▪ pattern ou modèle ??? ERG*▪ Apparence ??? du modèle VEP*

