RAPPORT DE LA VUE
POUR LES ÉLÈVES AYANT DES TROUBLES VISUELS

CONFIDENTIEL

Ce formulaire est conçu pour obtenir des renseignements concernant un petit nombre d'élèves ayant des troubles visuels qui pourrait nécessité des services de soutien spécialisés d'un conseiller pour les aveugles et les élèves ayant des troubles visuels, de la Direction de soutien à l'inclusion, Éducation et Formation Manitoba. Les renseignements personnels doivent être fournis par l'école, ou le parent/tuteur. Les renseignements médicaux (de la vue) doivent être fournis par le spécialiste des soins de la vue. Le formulaire de consentement de divulgation des renseignements à Éducation et Formation Manitoba **DOIT ÊTRE** signé par un des parents (tuteur). Éducation et Formation Manitoba est prêt à obtenir les renseignements médicaux du spécialiste des soins de la vue à condition que l'un des parents signe le formulaire de consentement de divulgation et fournisse le nom et l'adresse du spécialiste.

DONNÉES PERSONNELLES (doit être complété par l'école ou un parent):

Élève: _____ Date de naissance: _____
mois / jour / année

Adresse au domicile: _____
(numéro de boîte/rue) (ville/village) (code postal)

École: _____

l'optométriste / ophtalmologiste: _____

Je consens à ce que le spécialiste des soins de la vue soumette le rapport ci-dessus à Éducation et Formation Manitoba et que ces renseignements soient partagés avec l'école de mon enfant.

_____
Signature du parent (tuteur)

UNE FOIS COMPLÉTÉ /SIGNÉ PAR UN PARENT/TUTEUR – VEUILLEZ RETOURNER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À LA :
Coordonnatrice des services aux élèves aveugles et malvoyants
Éducation et Formation Manitoba
Direction de soutien à l'inclusion
1181, avenue Portage, bureau 204
Winnipeg MB R3G 0T3 **Télécopieur :** 204-948-3229

LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DE LA VUE DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉ PAR UN SPECIALISTE DE LA VUE

DIAGNOSTIC, ÉTIOLOGIE ET ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX:

A. Le DIAGNOSTIC de la condition oculaire actuelle: _____

_____

B. L'ÉTIOLOGIE ou la cause fondamentale: _____

_____

C. Les infections oculaires, les blessures, les opérations sévères, s'il y a lieu, et inclure l'âge au moment de celles-ci:

_____

D. L'ÂGE probable DE L'APPARITION de la déficience visuelle:
- œil droit (o.d.) _____
- œil gauche (o.s.) _____

E. La condition oculaire de l'élève s'est-elle manifestée chez un membre de la famille immédiate? _____ Lien de parenté? _____

F. Présence de Nystagmus Oui ____ No ____

CONFIDENTIEL

MESURES:

A. ACUITÉ VISUELLE:

	Vision éloignée		Vision rapprochée	
	Sans correction	**Avec la meilleure correction**	**Sans correction**	**Avec la meilleure correction**
œil droit (o.d.)	_____	_____	_____	_____
œil gauche (o.s.)	_____	_____	_____	_____
dans chaque œil (o.u.)	_____	_____	_____	_____

B. CHAMP DE VISION: Y a-t-il des restrictions? _____ Dans l'affirmative, veuillez décrire les restrictions et inclure le degré du champ visuel qui reste. _____

PRONOSTIC ET RECOMMANDATIONS:

A. La déficience visuelle de l'élève est-elle considérée : stable ____ en détérioration _____ susceptible d'amélioration ____ incertaine _____

B. Quel TRAITEMENT est en cours, s'il y a lieu? _____

C. Quand recommande-t-on un nouvel examen? _____ mois _____ tous les ans _____ jamais

D. LUNETTES: pas nécessaire _____ sont portées une partie du temps _____ sont portées presque tout le temps _____ Veuillez préciser, s'il y a lieu. _____

E. Besoins D'ÉCLAIRAGE : moyen _____ plus que moyen _____ moins que moyen _____

F. Est-ce que la condition actuelle nécessite une utilisation limitée de la vue? _____ Veuillez préciser. _____

G. ACTIVITÉ PHYSIQUE : non affectée _____ affectée de la façon suivante: _____

Date de l'examen de la vue: _____

Signature du spécialiste des soins de la vue: _____

Nom du spécialiste des soins de la vue : _____
(Écrire en lettres moulées)

Adresse : _____