

EXAMEN DE LA VUE

Chers parents,

La vision étant à la base de l'apprentissage de l'enfant, il est recommandé de faire examiner la vision d'un enfant chez qui aucun signe manifeste de problèmes particuliers n'est observé selon le calendrier suivant :

- Vers l'âge de 6 mois
- Vers l'âge de 3 ans
- Avant l'entrée à l'école (4-5 ans)
- Chaque année, de 6 à 23 ans

Le coût de l'examen est couvert par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour les enfants de moins de 18 ans.

Si l'examen de la vue a eu lieu il y a plus d'un an ou n'a jamais eu lieu, nous vous recommandons fortement de prendre rendez-vous chez le spécialiste de votre choix, et de lui demander de compléter le verso de cette feuille. Lorsque complété, veuillez nous la retourner à l'école.

Toutefois, si un examen de la vue a été fait durant la dernière année ou si votre enfant est déjà suivi de façon régulière, veuillez nous indiquer les informations suivantes afin que nous puissions compléter son dossier de santé scolaire.

Date du dernier examen : _____

Nom du spécialiste consulté : _____

Résultat de l'examen _____

Traitement (paire de
lunettes) : _____



Merci de votre collaboration.

La direction

Remettre à l'orthopédagogue de l'école.

DÉPISTAGE VISUEL

Identification de l'élève

Date : _____
Nom et prénom : _____
Date de naissance : _____
École : _____
Niveau scolaire : _____

Rapport complété par :

Optométriste
Ophtalmologiste

Porteur

Lunettes
Verres de contact

Vision des couleurs

Normale
Anormale

État de réfraction

	o.d.	o.g.
Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypermétropie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astigmatisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Strabisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stéréopsis-Mouche

Oui
Non

Acuité visuelle

<i>Loin</i>	<i>sans Rx</i>	<i>avec Rx</i>
o.d.	_____	_____
o.g.	_____	_____
<i>Près</i>	<i>sans Rx</i>	<i>avec Rx</i>
o.d.	_____	_____
o.g.	_____	_____

Binocularité

Normale
Anormale

Mobilité oculaire

Normale
Anormale

Remarques : _____

Traitement : _____

Recommandations : _____

Examen de contrôle : _____

Demande de consultation : Oui Non

Si oui, nom et téléphone : _____

Nom : _____

Date : _____

Signature _____

Remettre à l'orthopédagogue de l'école.