



> **AUVERGNE**
BASSE VISION

DOSSIER

ADMINISTRATIF

Auvergne Basse Vision

30 Bis, Rue Sainte Rose

63000 CLERMONT FERRAND

Tél : 04.73.19.10.00

Fax : 04.73.19.11.15

Date d'envoi :

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Mme M.

NOM

NOM DE JEUNE FILLE

PRENOM

COLLER
UNE
PHOTO

DATE ET LIEU DE NAISSANCE.....

ADRESSE

.....

.....

TELEPHONE

PORTABLE

E-MAIL

STATUT FAMILIAL Marié(e) Divorcé(e) Célibataire Veuf(ve)
 En couple Séparé(e)

PROFESSION

AUTRES Demandeur d'emploi En formation
 Retraité (merci d'indiquer quelle profession vous avez exercé)
 En invalidité
 Autres

N° de sécurité sociale :

Caisse :

Adresse de la caisse

.....

Mutuelle.....N°adhérent.....

Adresse de la mutuelle

.....

(Joindre une photocopie de votre carte de mutuelle et de l'attestation de vos droits à la sécurité sociale)

MEDECIN GENERALISTE.....

ADRESSE

.....

TEL

OPHTALMOLOGISTE.....

ADRESSE

.....

TEL

ORTHOPTISTE

ADRESSE

.....

TEL

OPTICIEN.....

ADRESSE

.....

TEL

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Vous avez des enfants :

Oui

Non

Vous habitez :

maison

appartement

foyer logement

maison de retraite

ville

seul

campagne

pas seul

Avez-vous des aides optiques ?

loupe

filtres

téléagrandisseur

objets adaptés

loupe électronique

autres

lampe

N'hésitez pas à venir avec ces aides optiques lors de l'évaluation au Centre Auvergne Basse Vision.

**Avez-vous déjà bénéficié d'une prise en charge en basse vision ?
(Orthoptie, aides optiques, AVH)**

Oui

Non

Par qui :

.....

Quel type de prise en charge :

.....

Avez-vous déjà bénéficié des services ?

Institut pour déficients visuels

Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Autres

Comment avez-vous connu le Centre de Basse Vision ?

par les professionnels basse vision (ophtalmologistes, orthoptistes, opticiens, avéjistes, rééducateurs en locomotion ou autres)

médias (journaux, radio, télévision)

autres (familles, amis, taxis, etc...).....

Quelles sont les activités du quotidien qui vous sont difficiles depuis que votre vision a changé ?

Les gestes quotidiens :

- Habillage
- Soins – Toilette
- Cuisine – Repas
- Entretien du linge
- Ménage
- Manipulation de la monnaie
- Téléphoner

Regarder :

- Paysage
- Télévision
- Photographies

Lire :

- Courrier
- Journaux
- Livres

Ecrire :

- Remplir un chèque
- Mots croisés

Loisirs :

- Ordinateur
- Cinéma
- Restaurant
- Jeux de société

Déplacements :

- Promenade à pied
- Faire les courses
- Transports en commun
- Bricolage

Autres :

.....

.....

.....

.....

A propos de la marche à pied, vous la réalisez :

- Seul (e)
- Souvent accompagné (e)
- Toujours accompagné (e)
- Sur des trajets connus uniquement
- Sur des trajets connus ou inconnus indifféremment

A votre avis, par quoi êtes-vous gêné(e) lors de vos déplacements ?

.....

.....

.....

.....

Etes-vous gêné(e) :

- Par le soleil
- Par les fortes lumières
- Par le manque de lumière
- La nuit

Qu'attendez-vous du Centre de Rééducation ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INFORMATION

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à faciliter le fonctionnement de l'établissement. Les destinataires des données sont tous les intervenants du Centre de Basse Vision.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser au médecin coordinateur.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. »

FORMULAIRE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Loi du 4.04.2002 relative aux droits du malade
Article L.1111-6 du code la santé publique

Je soussigné(e)

patient(e) majeur(e) d'Auvergne Basse Vision.

Né(e) le

A

Adresse

.....

Ne souhaite pas désigner une personne de confiance

Désigne comme personne de confiance

Madame

Mademoiselle

Monsieur

Nom, Prénom

Né(e) le

qui est : un parent

un proche

mon médecin traitant

Adresse

.....

Tél Portable

Fax Mail

Je l'ai informé(e) de sa désignation comme personne de confiance et je suis informé(e) que cette désignation est valable pour la durée de mon séjour dans l'établissement sauf si je la révoque ainsi que la loi m'y autorise à tout moment.

Fait à Clermont-Ferrand, le

Fait à Clermont-Ferrand, le

Signature du patient :

Signature de la personne de confiance ci-dessus
nommée (si possible) :

Ce document est conservé dans le dossier médical du demandeur et les données intégrées au dossier informatisé du patient. Une copie peut être remise au patient et à la personne de confiance à leur demande.



> AUVERGNE
BASSE VISION

EVALUATIONS ET REEDUCATIONS FONCTIONNELLES
POUR PERSONNES DEFICIENTES VISUELLES

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(à remplir par votre médecin traitant)

Nom du Patient :

Né(e) :

CACHET DU PRATICIEN SIGNATURE DATE

Sur le plan général :

Antécédents personnels, familiaux (généraux et OPH) et pathologie en cours

.....

.....

.....

Existe-t-il entre autre des problèmes moteurs, d'équilibre et/ou de fatigabilité ?

.....

.....

.....

Traitement actuel (MERCİ DE JOINDRE LA COPIE DE LA DERNIERE ORDONNANCE):

.....

.....

.....

Des traitements et/ou chirurgie sont-ils envisagés ?

.....

.....

.....

Le patient est-t-il en ALD ? oui non Affection Liste Hors Liste

Si oui, peut-on savoir pour quelles pathologies ?

.....

RENSEIGNEMENTS OPHTALMOLOGIQUES

(à remplir par votre ophtalmologiste)

Nom du Patient :

Né(e) :

CACHET DU PRATICIEN SIGNATURE DATE

1. DIAGNOSTIC PRINCIPAL :

.....

Oeil droit Oeil gauche

Est-ce de la basse vision ? oui non

Traitements médicaux, chirurgicaux, laser :

.....

Traitements actuels :

Localement :

Voie générale :

2. EXAMENS COMPLEMENTAIRES : (champs visuels récents <12 mois) :

Fond de l'œil :

Examen biomicroscopique :

Tonus oculaire (en précisant la méthode).....

3. PATHOLOGIES ASSOCIEES :

.....

4. CORRECTION OPTIQUE : Verres *monofocaux *progressifs *bifocaux

	Œil droit	Œil gauche
Loin		
Addition		

5. ACUITE VISUELLE AVEC CORRECTION OPTIQUE A LA DATE DU//

	Œil droit	Œil gauche
Loin		
Près		

- Le patient est-il photophobe ? oui non
- A-t-il une héméralopie ? oui non
- Est-il en ALD pour les yeux ? oui non

Merci de joindre si possible les photocopies des examens complémentaires selon le diagnostic : les champs visuels ERG, PEV, OCT, les dernières angiographies, les comptes rendus de scanner ainsi que la dernière ordonnance.



> **AUVERGNE**
BASSE VISION

30 bis, rue Sainte-Rose
63000 Clermont-Ferrand
Tél | 0473191000

www.auvisio.org

QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION INITIAL

Nom :

Age :

Prénom :

Les questions posées font toutes références à votre **situation actuelle**. Ainsi, vous devez formuler vos réponses en fonction de ce que vous vivez ou ressentez aujourd'hui.

Répondez aux questions que vous ayez recours ou non à une aide optique ou un moyen de compensation (tactile, auditive...).

Une échelle de 0 à 10 vous permet de répondre aux questions :

0 : je n'éprouve aucune difficulté

5 : je fais avec difficultés

10 : je suis dans l'impossibilité de l'effectuer

Eprouvez-vous des difficultés pour cuisiner ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eprouvez-vous des difficultés pour utiliser les moyens de paiement ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eprouvez-vous des difficultés pour vous servir de vos téléphones ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eprouvez-vous des difficultés pour le réglage de vos appareils électroménagers ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eprouvez-vous des difficultés pour la reconnaissance d'objets et de produits du quotidien ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eprouvez-vous des difficultés pour la lecture de votre courrier ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eprouvez-vous des difficultés pour l'utilisation des outils informatiques ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eprouvez-vous des difficultés pour remplir un document (formulaire, chèque...) ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eprouvez-vous des difficultés à accepter la déficience visuelle ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eprouvez-vous des difficultés à vous sentir soutenu(e) par votre entourage ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Eprouvez-vous des difficultés à accepter de l'aide ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Eprouvez-vous des difficultés à demander de l'aide ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Eprouvez-vous des difficultés à devoir renoncer à des activités ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Eprouvez-vous des difficultés pour entreprendre de nouveaux projets ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Eprouvez-vous des difficultés à vous sentir détendu(e) ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Eprouvez-vous des difficultés pour détecter le relief, les obstacles ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Eprouvez-vous des difficultés pour franchir les escaliers ?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Eprouvez-vous des difficultés à vous orienter, vous repérer ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Eprouvez-vous des difficultés à vous fier au toucher et à l'audition plutôt qu'à votre vision actuelle dans vos actes au quotidien ?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Pensez-vous avoir les informations nécessaires en matière d'aides optiques ?

oui non

Pensez-vous avoir les informations nécessaires en matière d'aide technique (objets adaptés...) ?

oui non

Avez-vous connaissance des dispositifs d'aide existants ?

oui non

Avez-vous connaissance des associations existantes ?

oui non

Avez-vous connaissance des offres de service d'aide au déplacement ?

oui non