

|  |
| --- |
| **ANNEXE 1 – DÉFICIENCE VISUELLE** **(À JOINDRE AU FORMULAIRE DEMANDE DE SERVICE DI-TSA-DP)****Guichet d’accès centralisé DI-TSA-DP** |

1180, boulevard Manseau, Joliette, J6E 3G8

Télécopieur : 450 756-2898

Courriel : guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone : 1 877 322-2898

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU CLIENT** |
| **NOM :** |       | **PRÉNOM :** |       |
| **Date de naissance :** |            | **Sexe :** | **F** **[ ]  M** **[ ]**  |
| **Numéro d’assurance-maladie** |  | **Expiration :** |  |
| **Adresse :** |       | Code postal :            |
| **Téléphone :** | Rés. :       | Cell :       | Travail :       Poste :       |
| **Courriel :** |       |
| **Mode de communication** : Téléphone [ ]  ATS [ ]  | **Loi : LSSSS** **[ ]  LPJ** **[ ]**  |
| **ÉTAT OCULO-VISUEL** |
| **Date du dernier examen visuel :**  |
| **Diagnostic OD** |       |
| **OS**  |       |
| **Résultats tests électrophysiologiques :**  |
|       |
| **Date apparition de la déficience visuelle :**       |
| **Pronostic :**  |
|       |
| **Réfraction OD :**       |
|  **OS :**       |
|  | **O.D.** | **O.S.** | **O.U.** |
| **Acuité visuelle de loin (6 m)** |       |       |       |
| **Avec correction ophtalmique** |       |       |       |
| **Pression intraoculaire** |       |       |  |
|  |
|  |
| **CHAMP DE VISION PÉRIPHÉRIQUE** |
| **premier oeil** | **premier oeil** |
| **Cible :**  |
| **DEMANDEUR** |
| **Nom du professionnel :**       | **Numéro du professionnel :**       |
| **Adresse :**       |
| **Téléphone :**       |  | **Télécopieur :**       |
| **Signature :**       | **MD** [ ]  **OD** [ ]  **Date :**       |
| **Retournez le formulaire à :****GUICHET D’ACCÈS CENTRALISÉ DI-TSA-DP****Par la poste** : 1180, boulevard Manseau, Joliette, J6E 3G8**Par télécopieur** : 450 756-2898**Par courriel** : guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.ca**Pour information : 1 877 322-2898** |