

|  |
| --- |
| **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](mailto:guichet.ditsadp.cissslan@ssss.gouv.qc.ca)  **Pour information : 1 877 322-2898** | | | | | | | | | | | | | | | |