



RAPPORT D'EXAMEN VISUEL

Note : Le rapport d'examen visuel est valide pour un an à partir de la date de l'examen.

SECTION 1. À REMPLIR ET SIGNER PAR LE CANDIDAT

1. IDENTIFICATION DU CANDIDAT		
Nom, prénom		Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Adresse (numéro, appartement, rue)		
Ville	Province	Code postal
Avez-vous subi une correction de la vue par chirurgie? Oui Non <i>Si oui, faites remplir par l'ophtalmologiste qui vous a traité le formulaire <i>Rapport complémentaire à la suite d'une correction de la vue par chirurgie (annexe au rapport d'examen visuel SQ-214-353) (SQ-3031) et joignez-le au présent formulaire.</i></i>		
Signature		Date (aaaa-mm-jj)

SECTIONS 2. ET 3. À REMPLIR ET SIGNER PAR L'OPHTALMOLOGISTE OU PAR L'OPTOMÉTRISTE

2. EXAMEN VISUEL																	
Note : Se référer au document sur les normes visuelles, <i>Les yeux et la vision</i> , disponible sur le site de la Sûreté du Québec au lien suivant : http://recrutement-suretequebec.gouv.qc.ca/ .																	
ACUITÉ VISUELLE (Charte de Snellen en mesures métriques ou en mesures anglaises)																	
<p>Sans correction de loin</p> <p>6/12 (20/40) -> pour un œil 6/30 (20/100) -> pour l'autre œil ou 6/18 (20/60) dans chacun des yeux mesuré de façon monoculaire</p> <table border="1"><tr><td>OD :</td><td>/</td></tr><tr><td>OS :</td><td>/</td></tr></table>	OD :	/	OS :	/	<p>Avec correction de loin et de près</p> <p>6/6 (20/20) les deux yeux ouverts</p> <table border="1"><thead><tr><th></th><th>OD</th><th>OS</th><th>OU</th></tr></thead><tbody><tr><td>Loin</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr><tr><td>Près</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr></tbody></table>		OD	OS	OU	Loin	/	/	/	Près	/	/	/
OD :	/																
OS :	/																
	OD	OS	OU														
Loin	/	/	/														
Près	/	/	/														
Si correction : <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes souples <input type="checkbox"/> Lentilles cornéennes rigides																	
CHAMPS VISUELS (Note : L'évaluation du champ visuel est à effectuer les deux yeux séparés.)																	
<ul style="list-style-type: none">Le champ visuel est-il d'au moins 140 degrés continus le long du méridien horizontal pour chaque œil? OD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non OS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NonLe champ visuel est-il d'au moins 90 degrés continus le long du méridien vertical pour chaque œil? OD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non OS : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> NonY a-t-il absence de scotome à l'intérieur de 20 degrés continus au-dessus et au-dessous du point de fixation pour chaque œil? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, s.v.p., quantifiez par périmètre Goldmann (Stimulus III/3) ou Humphrey (Esterman) et nous transmettre le résultat.																	
MOTILITÉ OCULAIRE																	
• Existe-t-il une anomalie de la motilité oculaire (ex. : strabisme, paralysie)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																	
VISION BINOCULAIRE																	
• Existe-t-il une anomalie de la vision binoculaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																	
• La stéréopsie est-elle de 80 secondes d'arc ou mieux, selon le test de Titmus (soit 6/9 au test de stéréopsie Stereo Fly)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non																	
PERCEPTION DES COULEURS																	
<input type="checkbox"/> Ishihara <input type="checkbox"/> Dvorine <input type="checkbox"/> HRR Nombre de plaques <input type="text"/> Nombre d'erreurs <input type="text"/>																	
Si anomalie, • faire le Farnsworth : D-15 (saturé) Réussi? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Le test D-15 est échoué lorsque le nombre d'erreurs diamétrales est égal ou supérieur à 2. L'erreur diamétrale est définie comme une erreur de classement égale ou supérieure à 4 intervalles.																	
Si échec du Farnsworth D-15, veuillez nous faire parvenir une copie du rapport.																	
COMMENTAIRES																	
Note : Toute anomalie décelée durant l'examen fait l'objet de précision à cette section, de même que les pathologies avec incidence sur la vision ou antécédents de blessures aux yeux ou à la tête.																	
Diagnostic et détails pertinents (ex. : Nystagmus, strabisme, kératites, glaucome, rétinopathie, amblyopie, phorie latérale et verticale de loin importante)																	
3. IDENTIFICATION DE L'OPHTALMOLOGISTE OU DE L'OPTOMÉTRISTE																	
Nom, prénom		Numéro de permis d'exercice															
Adresse (numéro, rue, bureau, ville, village ou municipalité, province, code postal)																	
Spécialité		Date de l'examen (aaaa-mm-jj)															
Signature		Date (aaaa-mm-jj)															