

RAPPORT OPHTALMO

Suisse

Secret médical

(1) État demandé:	(2) Classe du certificat médical demandée: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> ANS <input type="checkbox"/> Autres				
(3) Nom usuel:	(4) Nom(s) de naissance:		(12) Genre sollicité: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/prorogation		
(5) Prénom(s):	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	(13) Numéro de référence:		
<p>(301) Consentement à l'envoi de renseignements médicaux: Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses annexes à l'AME et, si besoin, au médecin du service aéromédical de l'Autorité, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisés pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de l'Autorité, à la condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès selon le droit national. Le secret médical sera respecté à tout moment.</p>					
Date:		Signature du candidat:		Signature de l'examineur médical (témoin):	

(302) Catégorie d'examen: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Prorogation <input type="checkbox"/> Renouvellement <input type="checkbox"/> Envoi spécifique	(303) Antécédents ophtalmologiques:
---	-------------------------------------

Examen clinique:
Contrôler chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux, extérieur (lampe à lente, opht.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(306) Position et mobilité oculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(307) Champs visuels (confrontation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(308) Réflexes pupillaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(309) Fond d'œil (ophtalmoscopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(312) Équilibre de la musculature oculaire (en dioptries prismatiques)

À la distance de 5/6 mètres	De près à 30-50 cm
Ortho	Ortho
Eso	Eso
Exo	Exo
Hyper	Hyper
Cyclo	Cyclo
Tropie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Phorie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Épreuve de réserve de fusion <input type="checkbox"/> Non effectué <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	

(313) Perception des couleurs

Tables pseudo-isochromatiques Type: _____
N° de tables: _____ Nombre d'erreurs: _____

Test approfondi de perception de couleurs indiqué Oui Non
Méthode: _____
 Couleur ACCEPTABLE Couleur non ACCEPTABLE

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

(322) Déclaration du médecin examinateur:
Je certifie avoir personnellement examiné le candidat mentionné ci-dessus et que ce rapport d'examen médical et ses annexes contiennent mes constatations d'une manière complète et correcte.

(323) Lieu et date:	Nom et adresse de l'examineur:	N° d'AME ou de spécialiste:
Signature du médecin examinateur agréé:		

Acuité visuelle:
(314) Vision à distance (à 5/6m)

	Sans correction	Lunettes	Lentilles de contact
Œil droit	<input type="checkbox"/> Corrigé le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/> Corrigé le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binoculaire	<input type="checkbox"/> Corrigé le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(315) Vision à distance intermédiaire (à 1 m)

	Sans correction	Lunettes	Lentilles de contact
Œil droit	<input type="checkbox"/> Corrigé le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/> Corrigé le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binoculaire	<input type="checkbox"/> Corrigé le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(316) Vision de près (à 30-50 cm)

	Sans correction	Lunettes	Lentilles de contact
Œil droit	<input type="checkbox"/> Corrigé le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/> Corrigé le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Binoculaire	<input type="checkbox"/> Corrigé le	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(317) Réfraction

	Sph	Cylindrique	Axe	Addition de près
Œil droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Œil gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Réfraction actuelle examinée <input type="checkbox"/> Sur base de la prescription de lunettes				

(318) Lunettes (319) Lentilles de contact

Oui Non Type: _____
 Oui Non Type: _____

(320) Tension intra-oculaire

Droit	mmHg	Gauche	mmHg
Méthode: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			