

FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE
POUR SERVICES DI-TSA-DP

ANNEXE 1
DÉFICENCE VISUELLE

1. IDENTIFICATION DU CLIENT

NOM :

PRÉNOM :

Date de naissance aa/mm/jj :

SEXE : F M

Numéro d'assurance maladie :

Expiration :

Adresse (rue, appartement, ville code postale) :

Téléphone :

Rés :

Cell :

Travail :

Courriel :

2. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

ÉTAT OCULO-VISUEL

Date du dernier examen : _____

Diagnostic : O.D. : _____

O.S. : _____

S'il y a lieu, résultats des
tests électrophysiologiques : _____

Date de l'apparition de la déficience : _____

Pronostic : _____

Réfraction : O.D. : _____

O.S. : _____

Acuité visuelle de loin à 6 m :

O.D.

O.S.

O.U.

Avec correction ophtalmique :

NOM, Prénom du client :

Champs Visuels :

Champs visuels périphériques (Joindre les résultats d'un test de champ cinétique de type Goldman avec cible III4e) :

O.D. Horizontal _____

O.S. Horizontal _____

O.D. Vertical _____

O.S. Vertical _____

3. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

**NOM DU
PROFESSIONNEL :**

MD

OD

**No du
professionnel :**

Téléphone :

Télécopieur :

Adresse :

Courriel :

Signature :

Date :

4. CONSENTEMENT DE L'USAGER OU SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Si le demandeur est du CISSS des Laurentides :

Le client ou son représentant consent à la référence et à la transmission de l'information à son sujet :

Moi (nom usager ou représentant légal en lettres moulées),

Autorise le demandeur (réfèrent) à fournir aux intervenants du DI-TSA-DP les informations et les rapports pertinents en lien avec ma demande de services.

Signature :

Date :

Retournez le formulaire à : **(svp privilégier le courriel)**

GUICHET DI-TSA-DP

Par courriel : ditsadp.ciSSLau@ssss.gouv.qc.ca

Par télécopieur : (450) 560-9814

Par la poste : 500, boul. des Laurentides, suite 1450, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 4M2

Pour information : 1-866-770-2366 ou le 450-432-2777, poste 25465