

## INSCRIPTION EN SMR SPÉCIALISÉ EN DÉFICIENCE VISUELLE DOSSIER DE PRÉ-ADMISSION

### Pièces officielles à fournir :

- Ce document complété par vos soins
- Une pièce d'identité officielle : **Carte Nationale d'Identité** ou **Passeport** ou **Permis de conduire**
- Une photocopie de votre **attestation de carte vitale** à jour (nous vous conseillons de vous rendre auprès de votre caisse d'assurance maladie afin d'effectuer la mise à jour) Ou une **photocopie de l'attestation AME** (Aide Médicale d'Etat) à jour, s'il y a lieu
- Une **photocopie de votre carte mutuelle**



**Le médecin ne pourra étudier votre demande qu'après réception de l'intégralité de ces éléments à jour.**

**Toutes ces informations nous sont indispensables pour organiser au mieux votre venue**

# DOSSIER DE PRE-ADMISSION

## Identité

Nom : .....

Prénom : .....

Date de Naissance : ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance : .....

Sexe :  Masculin  Féminin  Indéterminé

Identité de genre : .....

Adresse : .....

.....

Si domiciliation, nom de l'organisme : .....

Code postal et Ville : .....

Téléphone portable : ...../...../...../...../.....

Téléphone fixe : ...../...../...../...../.....

Adresse Mail : .....@.....

## Personne à prévenir en cas d'urgence (obligatoire)

Lien de parenté : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone portable : ...../...../...../...../.....

Téléphone fixe : ...../...../...../...../.....

## Personne de confiance (obligatoire)

Nom : .....

Prénom : .....

Téléphone portable : ...../...../...../...../.....

Téléphone fixe : ...../...../...../...../.....

Lien de parenté : .....

## Protection juridique

Etes-vous sous tutelle, curatelle, habilitation familiale :  Oui  Non

Si oui régime de protection : .....

Si oui nom du tuteur / Curateur: .....

# RENSEIGNEMENTS DIVERS

## Parcours professionnel

Quel est votre parcours professionnel (études, métiers ?)

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous un projet professionnel (études, adaptation de poste, reconversion) ?  
Si oui quels sont vos problématiques rencontrées ?

.....

.....

.....

.....

.....

## Rééducation

Avez-vous déjà réalisé une rééducation dans le domaine de la déficience visuelle ?

Oui       Non

Si oui précisez :

.....

.....

Qu'attendez-vous d'une rééducation ?

.....

.....

.....

.....

.....

# RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX GÉNÉRAUX

Ce document est à remplir par votre médecin généraliste

## Antécédents

- Familiaux : .....
- .....
- Personnels .....
- .....

Pathologie active :

(Merci de joindre au dossier une copie des courriers médicaux récents, de tout antécédent séquellaire ou pathologie évolutive présents lors de la rééducation exemple : courrier cardiologique, bilan neuropsychologique ...)

.....

.....

## Examen Clinique

.....

.....

.....

.....

.....

Score COGEVIS :

.....



*lien de  
téléchargement*

## Traitement médical

Présence d'un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui précisez lequel et la fréquence :

.....

.....

.....

A : .....

Le : ..... / ..... / .....

Nom, Prénom : .....

Cachet :

Signature :

# RENSEIGNEMENTS OPHTALMOLOGIQUES

Ce document est à remplir par votre médecin ophtalmologiste

## Antécédents

Pathologies : .....

.....

.....

Date du diagnostic : ..... Date de la gêne ressentie : .....

Traitement ophtalmologique : .....

.....

.....

## Examen Clinique

Acuité Visuelle (avec correction) :

OEil Droit

OEil Gauche

VL : .....

VL : .....

VP : .....

VP : .....

Correction : .....(..... à .....°)

Correction : .....(..... à .....°)

Autres signes clinique :

Nystagmus  Diplopie  Photophobie  Héméralopie  Hallucination

## Examen complémentaire Champ Visuel

Champ visuel :

Scotome central  Vision tubulaire  Altération  Rétrécissement  Amputation

Vision des couleurs anormale :  Oui  Non

Sensibilité aux contrastes anormale :  Oui  Non

A : .....

Le : ..... / ..... / .....

Nom, Prénom : .....

Cachet :

Signature :