



RAPPORT OPHTALMO

CE RAPPORT NE DOIT PAS ÊTRE DÉTACHÉ DE CETTE PAGE DANS SA TOTALITÉ ET EN LETTRES MAJUSCULES - VEUILLEZ VOUS RÉFÉRER AUX PAGES D'INSTRUCTIONS POUR PLUS DE DÉTAILS

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"/> 4 <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: | | |
| (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. | | | | | |
| 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 | cm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (311) Accommodation | D | <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 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Méthode: | |
| <input type="checkbox"/> Couleur ACCEPTABLE | <input type="checkbox"/> 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: (en majuscules) | N° d'AME ou de spécialiste: |
| Signature du médecin examinateur agréé: | | |