

**DEMANDE D'ÉVALUATION DES BESOINS SUR LE PLAN VISUEL  
PETITE ENFANCE – PRESCOLAIRE (0-4 ANS)**  
Formulaire unique de demande intercantonal

Les demandes d'évaluations sont adressées au CPHV à l'aide de ce formulaire soit par un médecin, soit par la famille, soit par un membre du réseau. Le secrétariat du CPHV transmet ensuite la demande au canton. Après autorisation du canton financeur, une évaluation de la vision fonctionnelle en contexte (dans la famille, à l'hôpital ou en collectivité) est organisée.

Selon les besoins identifiés par cette évaluation, un suivi peut être préconisé.

A la suite de ces premières observations réalisées, les besoins peuvent être discutés dans le cadre d'un pôle interdisciplinaire composé de médecins, d'orthoptistes, de spécialistes en réadaptation et de pédagogues. Cet échange entre professionnels permet de considérer la situation de l'enfant dans sa globalité. Le pôle peut déterminer ensuite les axes de travail possible et les modalités adaptées. Un rapport écrit est ensuite réalisé et des préconisations sont formulées. Ceux-ci sont ensuite présentés à la famille.

Merci de compléter tous les champs (parties A et B), puis de transmettre ce formulaire à :  
[evaluation@cphv.ch](mailto:evaluation@cphv.ch)

**Nouvelle demande**

**Ré-évaluation d'une situation connue par le CPHV**

**Partie A - à compléter par les parents et/ou l'établissement scolaire**

**Informations générales liées à l'enfant**

Nom de l'enfant :

Prénom :

Sexe :       Féminin       Masculin

Date de naissance :

N° AVS :

Nationalité :

Permis :

Langue maternelle :

Adresse :

Canton :

Nom et prénom des parents ou représentant légal :

(parent 1)

(parent 2)

Adresse mail des parents :

(parent 1)

(parent 2)

No de téléphone des parents :

(parent 1)

(parent 2)

Autorité parentale :       conjointe       parent 1       parent 2       représentant-e légal-e autre

### **Suivis actuels**

- Logopédie                      Nom et contact :
- Physiothérapeute              Nom et contact :
- Psychomotricité                Nom et contact :
- Ergothérapie                    Nom et contact :
- Garderie/AFJ                    Nom et contact :
- Autre :                            Nom et contact :

### **Informations médicales**

Nom du-de la pédiatre :

Nom de l'ophtalmologue :

Nom et prénom de l'orthoptiste (si suivi) :

Date du dernier contrôle ophtalmologique :

Informations/diagnostic médicaux connus :

L'enfant porte-t-il des lunettes :  oui       non

L'enfant porte-t-il des verres de contact :  oui       non

Un traitement par occlusion (patch) est-il en cours :  oui       non

Si oui, merci de préciser la durée et comment cela se passe :

**L'envoi du dernier rapport ophtalmologique (ou l'autorisation à le demander auprès de l'ophtalmologue) est nécessaire pour un traitement de la demande.**

## Autorisations

### **Partie B - à compléter et signer par les parents / le-la représentant-e légal-e :**

**Nous autorisons cette évaluation de la vision fonctionnelle.**

Nous autorisons, l'accès aux rapports et bilans de prise en charge existant à l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de cette évaluation.

Nous autorisons les professionnels du CPHV intervenant auprès de notre enfant à avoir accès aux dossiers médicaux de l'Hôpital Ophtalmique Jules Gonin si l'enfant y est patient.

Nous autorisons l'évaluateur-trice de la vision fonctionnelle à faire usage de la vidéo afin de filmer notre enfant dans le cadre de l'évaluation de la vision fonctionnelle. Cette vidéo ne sera utilisée que pour la rédaction du rapport et la restitution, et sera ensuite effacée.

Date :

Signature :

### **Partie C - à compléter par l'Office cantonal concerné (OES, OEI, OSPES, OECO, SPS, SESAM, etc.) :**

Avis :

Avis défavorable

Accord du/de la responsable du canton de domicile, selon modalités financières transmises (facturation EVFES et passage au pôle).

Nom :

Date :

Signature :