



Ordonnance pour l'ergothérapie et mesures basse vision

Service social, réadaptation et basse vision
Avenue de France 15 • case postale 5143
1002 Lausanne
T +41 21 626 86 53 F +41 21 626 87 39
rea.bassevision@fa2.ch www.ophtalmique.ch
RCC W7116.22

Identité du-de la patient-e

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ N° patient HOJG : _____
Rue : _____
NPA / localité : _____
Téléphone : _____
Assurance : _____ N° d'assuré : _____

Traitement / diagnostic

Objectif du traitement :

L'ergothérapie avec les personnes malvoyantes ou non-voyantes a pour objectif d'atténuer les conséquences d'une diminution irréversible de la vision et d'améliorer leur autonomie dans l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

Mesures souhaitées : Activités de la vie journalière Évaluation sociale Lecture
 Déplacements / locomotion Lumière et éblouissement Adaptation au domicile
 Réadaptation socio-professionnelle

Précision de la demande :

Nombre de séances : _____ une 2^{ème} série de traitement sera probablement nécessaire

Lieu du traitement : Service de basse vision Domicile Institution

Communication du diagnostic au médecin-conseil Maladie Accident Invalidité

Médecin

Date : _____ Signature : _____ (timbre avec n° RCC)



Informations complémentaires

Acuité visuelle : _____ **OD** _____ **OG**

Date : _____

de loin : _____

de près : _____ avec add : _____

_____ avec add : _____

Champ visuel : effectué – veuillez joindre un copie svp
 non effectué

Diagnostic :

OD

OG

Remarques :