

1. A COMPLETER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

VIGNETTE O.A.

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE :

- a) Il s'agit d'une 1^{ère} demande d'un renouvellement pour évolution de la pathologie nouveau besoin (visuel)

b) Principaux symptômes :

.....

c) Acuité visuelle et/ou champ visuel :

- vision après correction sans dispositif basse vision :
- et/ou champ visuel :

d) Description du dispositif de basse vision prescrit

- Type : lunette-loupe binoculaire
 Différence de dioptrie entre correction de loin et correction de lecture:
- système-loupe selon Galilée
- système-loupe selon Kepler
- monoculaire binoculaire
- vision de près vision de loin
- non-réglable réglable + motivation:
- incorporé dans les lunettes non incorporé dans les lunettes

e) L'utilisation du dispositif de basse vision permet (*):

- la poursuite de la fréquentation scolaire
- l'accomplissement d'un contrat d'apprentissage
- la poursuite ou la reprise d'une profession
- le suivi d'une rééducation professionnelle

CACHET PRESCRIPTEUR

SIGNATURE + DATE

E-mail du prescripteur :

(*)Une attestation de fréquentation ou d'emploi doit être jointe à la prescription.

2. **A COMPLETER PAR L'OPTICIEN**

Description du dispositif de basse vision proposé :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

- code(s) nomenclature:.....
- prix total:

- vision après correction de loin avec dispositif de basse vision :
- et/ou vision après correction de près avec dispositif de basse vision :

CACHET OPTICIEN

SIGNATURE + DATE

E-mail de l'opticien : :.....

3. **A COMPLETER PAR LE MEDECIN PRESCRIPTEUR - UNIQUEMENT EN CAS DE PREMIERE DEMANDE**

Je soussigné, médecin-spécialiste en ophtalmologie, déclare prescrire sur base des informations qui m'ont été soumises, le dispositif de basse vision mentionné ci-dessus.

CACHET PRESCRIPTEUR

SIGNATURE + DATE