



Certificat médical

Données personnelles	Nom et prénom:			
	Date de naissance:			
	Adresse:			
	Code postal/Lieu:			
1. Diagnostic /	Oeil droit:			
	Oeil gauche:			
Cause	Affection de naissance	Accident	Maladie	Depuis quand:
2. Acuité visuelle	De loin: Oeil droit	en	m	Correction:
	œil gauche	en	m	Correction:
	De près: Oeil droit	en	cm	Correction:
	Oeil gauche	en	cm	Correction:
3. Champ visuel	Droite:	Gauche:		
4. Contrôle/Thérapie ophtalmologique	A quels intervalles?	La dernière fois le:		
	Thérapie:			
5. Pronostic	Y a-t-il une amélioration	une aggravation	en vue?	
	L'état reste-t-il stable?		oui	non
	Le patient est-il informé du pronostic?		oui	non
6. Activités qui devrait être évitées	Se courber	Soulever et porter de lourdes charges	Chocs	
	Chaleur, vapeur	Gymnastique	Baignades	Ski
7. Capacité travail	(Dans le domaine d'activités actuelles pour les patients en âge AI)			
8. Remarques				
9. Rapport du service spécialisé?	Prière de marquer d'une croix si vous ne désirez pas d'informations en retour			

Observez page 2 s.v.p.!

Le/la consultante (est tenu/e au secret professionnel selon l'art. 35 de la loi fédérale sur la protection des données)

Timbre et signature de l'ophtalmologue

Lieu / Date:

Lieu Date:

Service spécialisé pour handicapés de la vue du canton de Berne

Place de la Gare 3, 2502 Bienne



032/323 62 66

Fax

032/323 62 22

Prière de remplir cette partie uniquement pour personnes en âge AI et AVS!

L'AI accorde aux personnes en âge AI et AVS souffrant d'une grave faiblesse de la vue **une allocation d'impotence de degré faible**.

Sont exclues les personnes en âge AVS vivant dans une institution.

Pour l'allocation d'impotence de degré faible les conditions suivantes doivent être remplies:

“On admet qu'il y a grave faiblesse de la vue lorsqu'une personne assurée présente une acuité visuelle à distance corrigée **bilatéralement de moins de 0,2** ou lorsqu'elle présente **une limitation bilatérale du champ visuel à 10 degrés à partir du centre** (20 degrés de diamètre horizontal). S'il existe à la fois une diminution de l'acuité visuelle et une limitation du champ visuel sans que les valeurs limites soient atteintes, on admettra tout de même une grave faiblesse de la vue lorsqu'elle **entraîne les mêmes effets qu'une diminution de l'acuité visuelle ou une limitation du champ visuel**. C'est également valable pour d'autres atteintes du champ visuel (p.ex. pertes sectorielles ou en croissant, hémianopsies, scotome central).”

(Extrait de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (CIAI) mises en évidence par le SSHV).

10. Existe-t-il une faiblesse de vue?	La personne mentionnée au verso présente-t-elle une grave faiblesse de la vue conformément à la définition ci-dessus ?	oui	non
	Si oui, depuis quand?	
	Indication du mois et de l'année	
11. Consentement	Donnez-vous votre accord au fait que ce formulaire soit transmis à l'AI avec le consentement de la personne concernée	oui	non
12. Données supplémentaires concernant la personne			