

**RAPPORT D'EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE**

Remplir cette page utiliser des lettres majuscules. Pour plus de détails consulter les pages d'instructions

Belgium

Secret médical

(1) Pays EASA de délivrance de licence:	(2) Classe du certificat médical sollicité: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 (ATC) <input type="checkbox"/> 4	
(3) Nom:	(4) Nom(s) antérieur(s):	(12) Demande pour examen: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement/Revalidation
(5) Prénom:	(6) Date de naissance:	(7) Sexe: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Féminin
(8) Lieu et pays de naissance:	(9) Nationalité:	(13) Numéro de référence EMPIC:
(14) Type de licence sollicitée :		

(301) Consentement à la transmission de renseignements médicaux:
Par la présente, j'autorise la transmission de tout renseignement contenu dans ce rapport et toutes ses pièces à la SMA, et si besoin, à une SMA d'un autre Etat, reconnaissant que ces documents ou toutes autres données stockées électroniquement doivent être utilisées pour effectuer une expertise médicale et deviendront et demeureront la propriété de la SMA à condition que moi-même ou mon médecin puisse y avoir accès conformément au droit national. Le secret médical sera respecté en tout temps.

Date _____ Signature de demandeur _____ Signature du médecin examinateur (témoin) _____

(302) Catégorie d'examen: <input type="checkbox"/> Initial <input type="checkbox"/> Renouvellement ou Revalidation <input type="checkbox"/> Recours spécial	(303) Antécédents ophtalmologiques:
--	-------------------------------------

Examen clinique:
Vérifiez chaque point

	Normal	Anormal
(304) Yeux, aspect externe & paupières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(305) Yeux, Extérieur (lampe à lente, ophth.)	<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 l'œil (ophtalmoscopie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(310) Convergence	cm	<input type="checkbox"/>
(311) Accommodation	D	<input type="checkbox"/>

(312) Equilibre de la musculature oculaire ext. (en dioptries prismatiques)

A 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
Epreuve de réserve de fusion: <input type="checkbox"/> Non effectuée <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	

(313) Perception des couleurs

Planches pseudo-isochromatiques	Type:
Nombre de planches:	Nombre d'erreurs:
Test approfondi de perception de couleurs indiqué	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Methode:	
<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Non acceptable

(321) Remarques et recommandations ophtalmologiques:

(322) Déclaration du médecin examinateur:
Je certifie que j'ai personnellement examiné le demandeur 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 du médecin agréé :	Numéro du médecin examinateur agréé ou du spécialiste agréé:
Signature du médecin examinateur agréé:		

Acuité visuelle:
(314) Vision de loin (à 5/6 m) Lunettes V. de contact

Oeil droit		avec corr.		
Oeil gauche		avec corr.		
Vision binoculaire		avec corr.		

(315) Vision intermédiaire (à 1 m) Lunettes V. de contact

Oeil droit		avec corr.		
Oeil gauche		avec corr.		
Vision binoculaire		avec corr.		

(316) Vision de près (à 30 - 50 cm) Lunettes V. de contact

Oeil droit		avec corr.		
Oeil gauche		avec corr.		
Vision binoculaire		avec corr.		

(317) Réfraction Sph Cylindre Axe de près-add

Oeil droit				
Oeil gauche				
<input type="checkbox"/> Réfraction actuelle examinée <input type="checkbox"/> Sur base de la prescription de lunettes				

(318) Lunettes (319) Lentilles de contact

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type:	Type:

(320) Tension intra-oculaire

Droite	mmHg	Gauche	mmHg
Methode:			
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal			