

Bilan orthoptique à 12 mois d'âge corrigé

DATE DE LA CONSULTATION: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|



IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM:

Prénom (premier prénom uniquement):

Date de naissance: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Sexe: Féminin

Masculin

BILAN ORTHOPTIQUE

Antécédents:

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

Sensoriel:

Gêne à l'occlusion / acuité:

Auto-réfractomètre portable:

OD:

OD:

OG:

OG:

Nystagmus opto-cinétique:

OD: Type I et II

Symétriques

Asymétriques

OG: Type I et II

Symétriques

Asymétriques

Bi-prisme: OD :

OG :

Lang:

Moteur:

Cover-test:

Reflets cornéens: Réflexe photo-moteur:

Motilité: Punctum proximum de convergence:

Skiascopie manuelle (test de transillumination de Bruckner)

Aspect de la fente: Habituelle

Inhabituel

CONCLUSION

VISION

Score visuel : | |

Score 1	<ul style="list-style-type: none">• Bonne vision de chaque œil et vision des reliefs normale• Fixation stable et poursuite oculaire normale sur chaque œil• Si trouble de réfraction: modéré, ne nécessitant pas de correction• Pas de gêne à l'occlusion
Score 2	<ul style="list-style-type: none">• Exophorie intermittente• Trouble de réfraction nécessitant une correction• Si amblyopie: corrigée par les lunettes• Port de cache
Score 3	<ul style="list-style-type: none">• Trouble de réfraction sévère d'au moins 1 œil• Amblyopie partiellement corrigée par les lunettes• Strabisme manifeste• Pas de vision binoculaire
Score 4	<ul style="list-style-type: none">• Amblyopie bilatérale• Fixation absente ou très instable

Si score ≥ 2 , précisez: Œil gauche

Œil droit

Commentaire:

.....

.....

Nom et Signature de l'orthoptiste ayant effectué la consultation: (copie à retourner au Réseau Périnat Guyane)