

G. REFRACTION /BESOIN EN AIDE OPTIQUE

	Oui	Non	Inap- pro- priée	Non testée
Vision améliorée avec trou sténopéique ₁	<input type="checkbox"/> (125)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Réfraction effectuée à l'instant	<input type="checkbox"/> (126)	<input type="checkbox"/> 2		
Vision testée avec aide optique	<input type="checkbox"/> (127)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

1) Si la réfraction est réalisée, acuité visuelle avec verres correcteurs

De loin: Examinez chaque oeil séparément, puis conjointement

	Deux yeux	
	Drroit	Gauche
10/10 - 3/10	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Moins 3/10 - 1/10	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Moins 1/10 - 1/20	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
Moins 1/20	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
	(128)	(129) (130)

Précisez les verres correcteurs et l'acuité visuelle:

Oeil droit ----- AV -----

Oeil gauche ----- AV -----

De près: Examinez les deux yeux conjointement

Discerne les caractères d'imprimerie ou des symboles de taille égal ou inférieure à 5mm

	Oui	Non
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	(131)	(131)

Exemple de symboles de 5mm

2) Si vision mesurée grâce à des aides optiques

De loin:

Précisez le type d'aide optique et AV

Oeil droit ----- AV -----

Oeil gauche ----- AV -----

De près:

Précisez le type d'aide optique et AV

Oeil droit ----- AV -----

Oeil gauche ----- AV -----

	Drroit	Gauche
Discerne les caractères d'imprimerie ≤ 5mm	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
Discerne les caractères d'imprimerie > 5mm	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
Ne discerne pas les caractères d'imprimerie	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
	(132)	(133)

I. SOINS A DISPENSER

1) Optiques: Cochez toutes les cases appropriées

Aucun	(185)	<input type="checkbox"/>
Réfraction (dans un 2 ^{ème} temps)	(186)	<input type="checkbox"/>
Verres correcteurs	(187)	<input type="checkbox"/>
Aide optique	(188)	<input type="checkbox"/>

2) Médico/chirurgicaux

Aucun	(189)	<input type="checkbox"/>
Médicaments	(190)	<input type="checkbox"/>
Chirurgie	(191)	<input type="checkbox"/>
Précisez: -----		
Autre	(192)	<input type="checkbox"/>
Précisez: -----		

J. PRONOSTIC VISUEL

Cochez une case par oeil

	Drroit	Gauche
améliorable	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
vraisemblablement stationnaire	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
aggravation à prévoir	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	(193)	(194)

K. EDUCATION

1) Conditions actuelles Cochez une seule case

Ecole spéciale pour aveugles	<input type="checkbox"/> 1
Ecole spéciale pour multi-handicapés	<input type="checkbox"/> 2
Education intégrée	<input type="checkbox"/> 3
Pas scolarisé	<input type="checkbox"/> 4
Autre	<input type="checkbox"/> 5
Précisez: -----	(195)

2) Recommandations:

	Oui	Non
Changement recommandé	(196) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez: -----		

H. EXAMEN OCULAIRE - ETIOLOGIE

Précisez pour chaque oeil une des 5 catégories

Cochez ce qui correspond dans la catégorie

		Oeil droit		Oeil gauche	
		Certitude	Suspicion	Certitude	Suspicion

1) Facteur héréditaire:

chromosomique	(134)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(135)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
mitochondrial	(136)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(137)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autosomique, dominant	(138)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(139)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autosomique récessif	(140)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(141)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lié au chromosome X	(142)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(143)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
impossible à préciser	(144)	<input type="checkbox"/>		(145)	<input type="checkbox"/>	

2) Facteur intra-utérin:

rubéole	(146)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(147)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
toxoplasmose	(148)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(149)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
drogue / alcool	(150)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(151)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre	(152)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(153)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez: -----						

3) Facteur périnatal/ néo-natal:

hypoxie cérébrale / trauma obstétrical	(154)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(155)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
RPM*	(156)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(157)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ophtalmie néo-natale	(158)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(159)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre	(160)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(161)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez: -----						

4) Facteur post-natal/ infantile:

carence en vitamine A	(162)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	(163)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
rougeole	(164)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(165)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
néoplasie	(166)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(167)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trauma	(168)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(169)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
traitement traditionnel	(170)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(171)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre	(172)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(173)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez: -----						

5) Etiologie indéterminée:

cataracte	(174)	<input type="checkbox"/>	(175)	<input type="checkbox"/>
glaucome / buphtalmie	(176)	<input type="checkbox"/>	(177)	<input type="checkbox"/>
rétinoblastome, (sans antécédent héréditaire)	(178)	<input type="checkbox"/>	(179)	<input type="checkbox"/>
anomalie depuis la naissance	(180)	<input type="checkbox"/>	(181)	<input type="checkbox"/>
Précisez: -----				
autre	(182)	<input type="checkbox"/>	(183)	<input type="checkbox"/>
Précisez: -----				

L. CONCLUSION: FORMULATION DU DIAGNOSTIC

Précisez clairement le diagnostic (étiologique et anatomique):

Oeil droit:

Oeil gauche:

M. EXAMINATEUR:

Examiné par: _____

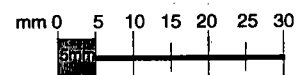
Date (mois, année)

(197-200)

ETIOLOGIE PRINCIPALE DE LA PERTE DE LA VISION CHEZ L'ENFANT

Choisissez UNE des positions entre 134-183[_ _ _] (184)

* RPM: Rétinopathies des prématurés



FICHE OMS/PBL D'EXAMEN OCULAIRE

A. RECENSEMENT ET DONNÉES ADMINISTRATIVES

N° du pays (1-3) N° de l'étude (4-5) Date (6-9) Division admin. (10-11) Grappe (12-13) Ménage (14-15) Ordre dans la famille (16-17)

Nom Age (18-19) Masc. 1. Fé. 2. (20) Autres données (à préciser) (21-25) Présence/absence aux examens (26)

B. VISION

Correction Avec 0. Sans 1. (27)

(28) D G (29)

MESURABLE: VOIT 0,3 (6/18) 1.

BAISSE DE VISION [ne voit pas 0,3 (6/18)] 2. [voit 0,1 (6/60)] 3.

CÉCITÉ [ne voit pas 0,05 (3/60)] 4.

NON MESURABLE: CONSIDÉRÉ COMME AVEUGLE * 5. CONSIDÉRÉ COMME NON AVEUGLE 6.

RÉFRACTION (Ne remplir qu'en fonction des objectifs de l'enquête) Acuité visuelle améliorée avec trou sténopéique ou verre (0,3 ou plus) D G (30) (31)

C. EXAMEN DE BASE

AUCUNE DES ANOMALIES ÉNUMÉRÉES (32) D G (33)

ANOMALIE (cocher toutes les cases appropriées):

PAUPIÈRE Entropion/trichiasis (34) (35)

GLOBE Ptisie/désorganisation/absence (36) (37)

CORNÉE Opacité centrale de la cornée (38) (39) Ptérygion (cornéen) (40) (41)

CRISTALLIN CRISTALLIN NON VISIBLE (42) (43) Opacité évidente (44) (45) Aphaquie (46) (47)

AUTRE * Préciser (48) (49) NON EXAMINÉ (50) (51)

E. EXAMENS COMPLÉMENTAIRES (ne remplir qu'en fonction des objectifs de l'enquête)

XÉROPHTALMIE AUCUN DES SIGNES ÉNUMÉRÉS (59)

SIGNES DE XÉROPHTALMIE: Héméralopie (60) Taches de Bitot (61) Xérosis cornéen (62) NON EXAMINÉ (63)

TRACHOME AUCUN DES SIGNES ÉNUMÉRÉS (64) D G (65)

SIGNE DE TRACHOME: TF (66) (67) TI (68) (69) TC (70) (71) NON EXAMINÉ (72) (73)

D. ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

AUCUN SIGNE (52)

TYPE D'INTERVENTION: Paupière (53) Cataracte (54) Glaucome (55) Abaissement du cristallin (56) Autre * (57) NON DÉTERMINÉ (58)

PRESSION INTRAOCULAIRE

PIO en mm Hg. (74-75) (76-77)

NON MESURÉE (78) (79)

AUTRE EXAMEN

(80) D G (81)

NON EXAMINÉ (82) (83)

REMARQUES DE L'EXAMINATEUR (tous les cas marqués d'un astérisque):

N° DE L'EXAMINATEUR (84-85)

F. CAUSES DU HANDICAP VISUEL (BAISSE DE VISION OU CÉCITÉ)

POUR CHAQUE ŒIL: COCHER LES CASES APPROPRIÉES

	D	G
Phtisie, désorganisation ou absence de globe	(86) <input type="checkbox"/>	(87) <input type="checkbox"/>
Erreur de réfraction	(88) <input type="checkbox"/>	(89) <input type="checkbox"/>
Cataracte	(90) <input type="checkbox"/>	(91) <input type="checkbox"/>
Aphaquie non corrigée	(92) <input type="checkbox"/>	(93) <input type="checkbox"/>
Opacité cornéenne trachomateuse	(94) <input type="checkbox"/>	(95) <input type="checkbox"/>
Autre opacité cornéenne *	(96) <input type="checkbox"/>	(97) <input type="checkbox"/>
Uvéite antérieure	(98) <input type="checkbox"/>	(99) <input type="checkbox"/>
Glaucome	(100) <input type="checkbox"/>	(101) <input type="checkbox"/>
Atrophie optique	(102) <input type="checkbox"/>	(103) <input type="checkbox"/>
Rétinopathie vasculaire	(104) <input type="checkbox"/>	(105) <input type="checkbox"/>
Chorio-rétinite	(106) <input type="checkbox"/>	(107) <input type="checkbox"/>
Dégénérescence maculaire	(108) <input type="checkbox"/>	(109) <input type="checkbox"/>
Autre *	(110) <input type="checkbox"/>	(111) <input type="checkbox"/>
NON EXAMINÉ	(112) <input type="checkbox"/>	(113) <input type="checkbox"/>

POUR LE SUJET: LÉSION PRINCIPALE COCHER UNE SEULE CASE

1. (130)
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
88.
99.

CAUSE PRINCIPALE COCHER UNE SEULE CASE

0. (131)
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

CAUSES: COCHER LES CASES APPROPRIÉES

Aucune des causes énumérées	(114) <input type="checkbox"/>	(115) <input type="checkbox"/>
Traumatisme	(116) <input type="checkbox"/>	(117) <input type="checkbox"/>
Facteur congénital/néonatal	(118) <input type="checkbox"/>	(119) <input type="checkbox"/>
Onchocercose	(120) <input type="checkbox"/>	(121) <input type="checkbox"/>
Rougeole/avitaminose A	(122) <input type="checkbox"/>	(123) <input type="checkbox"/>
Intervention chirurgicale	(124) <input type="checkbox"/>	(125) <input type="checkbox"/>
Abaissement du cristallin	(126) <input type="checkbox"/>	(127) <input type="checkbox"/>
AUTRE	(128) <input type="checkbox"/>	(129) <input type="checkbox"/>

G. SOINS À DISPENSER

PAS DE SOINS (132) D G (133)

SOINS NÉCESSAIRES (cocher toutes les cases appropriées):

Chirurgie de la paupière	(134) <input type="checkbox"/>	(135) <input type="checkbox"/>
Chirurgie de la cataracte	(136) <input type="checkbox"/>	(137) <input type="checkbox"/>
Traitement du glaucome	(138) <input type="checkbox"/>	(139) <input type="checkbox"/>
Verres correcteurs	(140) <input type="checkbox"/>	(141) <input type="checkbox"/>
Traitement médical	(142) <input type="checkbox"/>	(143) <input type="checkbox"/>
Autre *	(144) <input type="checkbox"/>	(145) <input type="checkbox"/>

N° DE L'EXAMINATEUR SECTIONS F & G (146-147)

REMARQUES DE L'EXAMINATEUR SECTIONS F & G (tous les cas marqués d'un astérisque):