

Fiche de travail - Basse vision

Référence dossier :

Vision	Correction	OD(-.....).....	OG(-.....).....
	Acuité	OD VL	OG VL
		VP	VP
	Porte t-il ses lunettes au quotidien ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Pathologie	Date d'apparition / /	
Résultat obtenu sur le "Test LESA pour la mesure du grossissement nécessaire"			

Activités	N'indiquer que les activités principales.
	Activité nécessitant la vision de près
	Activité nécessitant la vision de loin
	Activité à privilégier (VL, VP ou Vision intermédiaire)

Équipement(s)	Équipement actuel (Compléter avec précision, exple: loupes à mains sans éclairage, loupes sur pieds éclairantes...)	
	Grossissement
	Dispose t-il d'un éclairage ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dispose t-il d'un pupitre de lecture ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Budget du client	<input type="checkbox"/> < 50€ <input type="checkbox"/> 50 à 100€ <input type="checkbox"/> 100 à 200€ <input type="checkbox"/> >200€

Propositions	Besoins du client (lire, écrire, TV)	Solutions envisagées	Acceptation du client	
			Oui	Non (motif)