

Signalement à Centrevue - demande d'intervention pour :

A remplir par l'ophtalmologue

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom	
Prénom	
Rue	
NPA Localité	
Date de naissance	
Numéro NSS	
Téléphone	
Mobile	
e-mail	
Profession actuelle	
Caisse maladie (base)	
Ophtalmologue	

Difficultés:

- ☐ Accès à la lecture
- ☐ Déplacements
- ☐ Communication (ordinateur, tablette, smartphone)
- ☐ Vie quotidienne (cuisine, loisirs,....)
- ☐ Vie professionnelle
- ☐ Démarches administratives

Demande principale?

Autre / remarques

La personne a-t-elle bénéficié de prestations de l'assurance invalidité
durant les 10 dernières années ? (même non liées à la vue)

☐ Non ☐ Oui

Annexes (pages 3 à 6)

☐ Certificat médical de Centrevue

☐ Ordonnance d'ergothérapie

☐ Attestation médicale pour les voyageurs avec un handicap

Autre annexe:

☐ Copie des tests du champ visuel (s'ils ont été effectués)

Formulaire rempli par:

Date :

CERTIFICAT MEDICAL

Ce certificat médical est destiné à Centrevue. Dans la mesure où les données correspondent aux exigences de l'OFAS, il permettra à votre patient(e) d'accéder aux prestations liées à son handicap.

Nom

Prénom

Rue

NPA Localité

Date de naissance

Diagnostic de l'affection oculaire (si unilatéral spécifier œil droit ou œil gauche):

Causes: ☐ affection de naissance ☐ accident ☐ maladie acquise

Déficit visuel : ☐ malvoyant/e ☐ aveugle ☐ menacé/e de malvoyance depuis le

AV de loin : Corrigée à droite :

à

m

correction :

Corrigée à gauche:

à

m

correction :

AV de près : Corrigée à droite :

à

cm

correction :

Corrigée à gauche :

à

cm

correction :

Les points suivants ne sont à remplir que si les tests ont été effectués :

Champ visuel : (joindre une copie svp)

OD ☐ altéré de quelle façon :

OG ☐ altéré de quelle façon

Sensibilité aux bas contrastes : ☐ normale ☐ diminuée

Sensibilité à l'éblouissement : ☐ normale ☐ accrue

Vision des couleurs : ☐ normale ☐ altérée de quelle façon ?

Vision nocturne : ☐ normale ☐ diminuée



Contrôles médicaux :

☐ Oui à quelle fréquence : ☐ Non

Date du dernier contrôle : le

Pronostic :

Traitement prévu :

Remarques générales, contre-indications :

Allocation pour impotence:

L'AI accorde une allocation pour impotence de degré faible aux personnes souffrant d'une grave faiblesse de la vue à l'exception des personnes en âge AVS vivant en 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 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 dans les limites mentionnées. C'est également valable pour d'autres atteintes du champ visuel (par ex. pertes sectorielles ou en croissant, hémianopsies, scotome central)."

(Extrait de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'Assurance invalidité).

La personne mentionnée présente-t-elle une grave faiblesse de la vue conformément à la définition ci-dessus ?

☐ oui Si oui, depuis quand ? mois année ☐ non

Date :

Timbre et signature :

Ordonnance pour l'ergothérapie

Identité

Nom

Prénom

Date de naissance

Rue

NPA / Localité

Téléphone mobile / privé

Employeur / Localité

Téléphone prof

Assurance

N° de sinistre

N° AVS

N° décision AI

Adresse de l'ergothérapie

Traitement ergothérapeutique / Diagnostic rempli par le médecin

LAMAL

☐ évaluation (2 séances)

☐ une série (max. 9 séances)

☐ plusieurs séries: nombre _____

Ou valable jusqu'à _____

LAA / LAM

☐ une série (max. 9 séances)

☐ plusieurs séries (max.4): nombre _____

☐ traitement de longue durée (à partir de la 5^{ème} série avec rapport)

LAI: valable jusqu'à _____

Lieu du traitement ☐ centre, cabinet ☐ domicile ☐ institution

Objectif du traitement

☐ Améliorer ou maintenir les fonctions physiques en tant que contribution à l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne

☐ Atténuer l'affection psychique dans le cadre d'un traitement psychiatrique

☐ maladie

☐ accident

☐ invalidité

Diagnostic / motif du traitement

Médecin, tampon avec N° RCC et GLN



Date et signature

Ergothérapeute, tampon avec N° RCC et GLN



Date et signature

En collaboration avec CRS, CTM et santésuisse

Remarque au médecin prescripteur :

Envoyer séparément les informations destinées à l'ergothérapeute (date de l'accident, début de la maladie, date de l'opération, mesures de précaution, plan de traitement, etc.) s'il vous plaît.

Certificat médical pour les voyageurs avec un handicap autorisant ces derniers à bénéficier d'une carte d'accompagnement.



SBB CFF FFS

La carte d'accompagnement, référencée sur le SwissPass, est désormais valable de manière illimitée.

1. Informations personnelles sur la voyageuse ou le voyageur.

Veuillez remplir les données personnelles en lettres capitales bien lisibles.

☐ Madame ☐ Monsieur ☐ Dr ☐ Prof.

Prénom*

Nom*

Rue/n°*

Complément Case postale

NPA* Localité*

Canton*

Pays*

E-mail

Téléphone fixe

Portable*

Né(e) le*

Correspondance* ☐ allemand ☐ français ☐ italien ☐ anglais

Type de correspondance ☐ Téléphone ☐ E-mail ☐ Lettre

☐ Je possède déjà un SwissPass

☐ Je ne possède pas encore de SwissPass

Veuillez joindre une copie de votre pièce d'identité ainsi qu'une nouvelle photo au point 2 de ce formulaire.

Numéro de client

Les champs obligatoires sont indiqués par un *.



Vous trouverez votre numéro de client à l'emplacement indiqué sur la carte.

2. Photo d'identité de la voyageuse/du voyageur (si la personne ne dispose pas encore de SwissPass).

Pour votre SwissPass, nous avons besoin d'une photo d'identité originale récente en haute résolution. Votre photo sera sauvegardée électroniquement au maximum dix ans (jusqu'à l'âge de 25 ans pendant cinq ans).

1. Critères requis

- Cliché de face
- Si possible, garder les yeux ouverts et les laisser bien visibles
- Arrière-plan monochrome
- Éclairage homogène (pas d'ombre)
- Photo nette et contrastée
- Format env. 35 × 45 mm
- Pas de photos papier scannées ou imprimées par vous-même

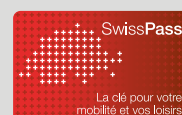
2. Inscription

- Inscrire le prénom et nom en caractères d'imprimerie au dos de la photo

3. Collez la photo ici

Ni trombone, ni agrafe.

Merci de remplir et signer le verso.



3. Signature de la voyageuse/du voyageur.

Signature de la personne avec un handicap (ou de son représentant légal): en signant, vous attestez que la personne ci-dessus **dispose d'un domicile fixe en Suisse** – la nationalité et l'âge ne jouent aucun rôle.

Signature



4. Certificat médical garantissant une compensation aux voyageurs avec un handicap.

- La personne avec un handicap ou son représentant légal **est aussi bien l'auteur de la demande que la destinataire de ce certificat**. La décision d'utiliser ou non le formulaire dûment rempli lui revient donc entièrement.
- Le terme de «handicap»** désigne une altération substantielle et a priori durable de la santé, ne laissant pas présager, du point de vue médical, une amélioration notable dans un avenir prévisible.

La personne mentionnée ci-dessus, fortement limitée dans ses déplacements, **a besoin d'une personne accompagnante ou d'un chien guide.**

☐ Oui ☐ Non

Localité

Date

Cachet et signature du médecin



Le médecin doit répondre à la question par «Oui» ou par «Non».

Mention pour le médecin:

il s'agit d'évaluer objectivement si le voyage en transports publics que la personne souhaite entreprendre de manière spontanée et autonome est possible, raisonnable et responsable. Il en est de même en ce qui concerne l'accès aux informations sur les voyages, aux quais et aux véhicules, l'achat de billets et d'autres capacités essentielles pour voyager.

5. Durée de validité et remarques.

Carte d'accompagnement:

La carte d'accompagnement est valable de manière illimitée.

Certificat médical:

Le certificat médical est **valable 6 mois** à partir de sa date d'émission.
Ce formulaire sera détruit une fois la carte d'accompagnement émise.

Pour les personnes qui ne sont pas titulaires d'un SwissPass:

Vous devez impérativement joindre **une copie de votre pièce d'identité** ainsi qu'**une photo d'identité**.

Veuillez retourner le formulaire dûment complété à:

CFF SA
Contact Center CFF
Carte d'accompagnement
Case postale 176
3900 Brigue

cff.ch/carte-d-accompagnement