

Signalement à Centrevue - demande d'intervention pour :

A remplir par l'ophtalmologue

☐ Monsieur ☐ Madame

Nom

Prénom

Adresse

Date de naissance

Téléphone

Mobile

e-mail

Profession actuelle

Caisse maladie (base)

Numéro NSS

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 5)

☐ 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 :

A enregistrer et à envoyer en document joint à centrevue@evs-hin.ch

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

Adresse

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.

Demande de carte d'accompagnement avec attestation médicale.

La carte d'accompagnement gratuite permet à une personne accompagnante et/ou à un chien guide d'aveugle ou chien d'assistance de voyager gratuitement dans les transports publics avec la personne titulaire de cette carte. La carte d'accompagnement, référencée sur le SwissPass, est valable dix ans.

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
 ☐ E-mail
 ☐ Lettre

☐ Je possède déjà un SwissPass
 ☐ Je ne possède pas encore de SwissPass

Numéro de client - - -

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

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.

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).

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

Inscription

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

Collez la photo ici.
Ni trombone,
ni agrafe.

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 Attestation médicale pour l'obtention d'une carte d'accompagnement.

- Seules les personnes souffrant d'une altération substantielle et a priori durable de la santé ne laissant pas présager, d'un point de vue médical, une amélioration notable dans un avenir prévisible ont droit à une carte d'accompagnement. Les personnes susceptibles de voyager de nouveau sans accompagnement au bout de quelques semaines ou mois n'ont pas droit à une carte d'accompagnement.
- Avec la carte d'accompagnement gratuite, les personnes souffrant d'un handicap et/ou se déplaçant avec un chien guide d'aveugle ou un chien d'assistance peuvent se faire accompagner gratuitement dans les transports publics au sein du rayon de validité du demi-tarif.

Par la présente, je confirme que la personne susmentionnée a durablement besoin d'une personne accompagnante et/ou d'un chien guide d'aveugle ou d'un chien d'assistance pour voyager de manière autonome dans les transports publics. Sans accompagnement, il lui est impossible d'accéder aux informations sur les voyages, aux quais et aux véhicules, d'acheter des billets ainsi que de recourir à d'autres services essentiels pour voyager.

☐ Oui ☐ Non

À remplir par
un médecin

Localité

Date

Cachet et signature
du médecin

5 Durée de validité et remarques.

La **carte d'accompagnement** est valable dix ans. Une fois cette période écoulée, il est possible de soumettre une **nouvelle** demande de carte d'accompagnement avec attestation médicale. Avant l'expiration de la carte d'accompagnement, la personne titulaire reçoit un message lui rappelant de la renouveler.

La **présente demande de carte d'accompagnement avec attestation médicale** est valable six mois à compter de sa date d'émission. Ce formulaire sera détruit une fois la carte d'accompagnement émise. En cas de doute, une seconde demande avec attestation médicale de la part d'un autre médecin pourra être exigée.

Plus d'informations sur l'offre sur cff.ch/carte-d-accompagnement ou dans les tarifs des transports publics.

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

