Fiche de traitement orthoptique

intermédiaire finale

(cocher les items correspondants)

Orthoptiste

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone
-----	--------	---------	-----------

Prescripteur

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone
-----	--------	---------	-----------

Patient

Nom	Prénom	Date de naissance
Adresse	Sexe	Numéro sécurité sociale

Motif de consultation :

Date de réalisation du bilan /__/__/__/
 Antécédents :

Signes fonctionnels Oui Non
 Perte d'efficacité Oui Non

Diagnostic orthoptique
 situation visuelle normale ou en cours d'acquisition chez l'enfant
 déséquilibre binoculaire
 strabisme et/ ou perturbations neurosensorielles (diplopie, neutralisation...)
 amblyopie
 basse vision déficit champ visuel troubles neurovisuels

Retentissement fonctionnel
 Perte d'efficacité : Perte d'efficacité Oui Non
 Retentissement dans la vie courante Oui Non
 Retentissement dans la vie professionnelle et/ou scolaire Oui Non

Description du protocole thérapeutique réalisé
 Nombre de séances réalisées : Durée du traitement..... mois

Lieu du traitement : Cabinet Domicile Etablissement :

Résultats sur :
 Signes fonctionnels : Persistance Amélioration Disparition
 Objectifs orthoptiques : amélioration de la situation visuelle : Oui Non

Sensorielle : Acuité Fusion

Optomotrice : Déviation Motricité

Fonctionnelle

Observations délivrées au patient, et/ou pour le patient :
Risques
Thérapeutiques : Lunettes Ergonomie Aides visuelles
 Ressenti du patient quant à la prise en charge :
 Pénible Contraignante Satisfaisante Adaptée

Conclusions (situation intermédiaire ou finale)

Evaluation des résultats obtenus / objectifs	nuls	insuffisants	satisfaisants	très satisfaisants
Vision	☐	☐	☐	☐
Qualité de vie	☐	☐	☐	☐

Proposition d'arrêt de traitement Prolongation : ...séances, objectif : poursuite entretien

Date et signature :