

dénomination de l'établissement :

localité :

numéro d'identification : 9.69.00\_.\_

## RAPPORT MEDICAL

### 1. DONNEES ADMINISTRATIVES

#### 1.1. Identification du bénéficiaire

nom, prénom :

adresse :

date de naissance :

organisme assureur :

n° de mutuelle :

#### 1.2. Nature de la demande

Il s'agit de la 1<sup>ère</sup> demande pour ce bénéficiaire dans le cadre de la convention de rééducation fonctionnelle pour bénéficiaires atteints d'une déficience visuelle : .....oui / non

La demande porte sur la période cochée dans le tableau qui suit :

de 0 à 3 ans inclus	de 4 à 17 ans inclus	de 18 à 64 ans inclus	à partir de 65 ans
<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> période (max. 4 ans)	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> période (max. 3 ans)	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> période (max. 3 ans)	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> période (max. 3 ans)
	<input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> période (max. 3 ans)	<input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> période (max. 3 ans)	<input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> période (max. 3 ans)
	<input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> période (max. 3 ans)	<input type="checkbox"/> 3 <sup>e</sup> période (max. 3 ans)	
		<input type="checkbox"/> 4 <sup>e</sup> période (max. 3 ans)	
		<input type="checkbox"/> 5 <sup>e</sup> période (max. 3 ans)	
		<input type="checkbox"/> 6 <sup>e</sup> période (max. 3 ans)	

La période d'intervention de l'assurance demandée s'étend

du

au

## 2. DONNEES MEDICALES

Il doit ressortir de ces données que le bénéficiaire répond aux conditions de la convention.

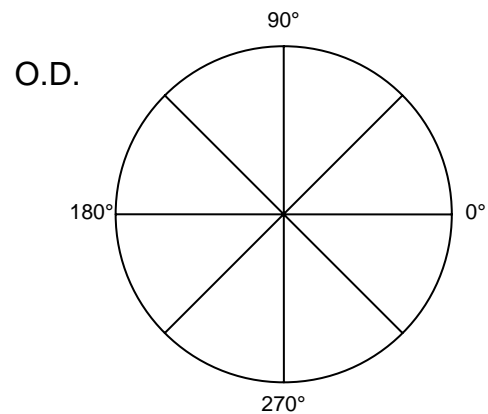
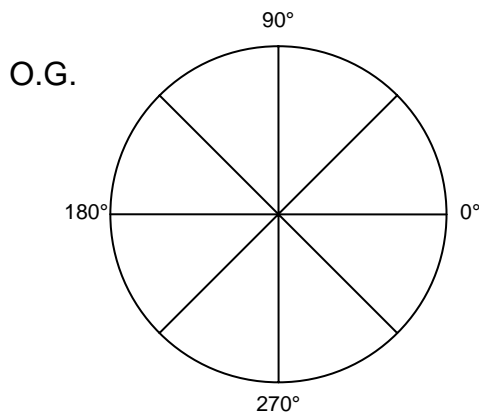
### 2.1. Diagnostic :

Nature des troubles :

Troubles associés éventuels :

Déficiences constatées :

- acuité visuelle corrigée
  - œil gauche :
  - œil droit :
- atteinte(s) du champ visuel :



- autre déficience visuelle constatée (en annexe, description complète et rapport ophtalmologique et/ou rapport neurologique) :

La déficience visuelle

- est innée ou est apparue progressivement ;
- est acquise et apparue soudainement en conséquence d'un traumatisme ou d'un trouble aigu (en annexe, si nécessaire, justification du caractère soudain de la déficience visuelle).

### 2.2. Bref bilan psychologique

### 2.3. Conditions de la convention :

En conséquence de ce qui précède, le bénéficiaire présente une déficience visuelle qui :

1. D'une part se caractérise :
  - par une acuité visuelle corrigée inférieure ou égale à 3/10 au meilleur œil ;
  - par une ou plusieurs atteintes du champ visuel qui couvrent plus de 50% de la zone centrale de 30°, ou qui réduisent de manière concentrique le champ visuel à moins de 20° ;
  - par une hémianopsie altitudinale complète, une ophtalmoplégie, une apraxie oculomotrice, ou une oscillopsie (instabilité subjective du champ visuel) ;
  - par un dysfonctionnement visuel grave (tel que l'agnosie visuelle, l'héminégligence, l'absence de discrimination figure-fond...) résultant d'une pathologie cérébrale objectivée.
2. Et d'autre part, présente une probabilité nulle ou négligeable d'amélioration (spontanée ou consécutive à un traitement) suite à laquelle elle ne répondrait plus à aucune des conditions ci-dessus.

Le bénéficiaire remplit les conditions pour le remboursement d'un maximum de 4 bilans intermédiaires et 120 séances au cours de la 1<sup>ère</sup> période de rééducation : ..... oui / non  
 (La déficience visuelle est acquise et soudaine. Si le bénéficiaire est âgé de 65 ans ou plus, elle se caractérise par une cécité telle que définie par l'OMS : acuité visuelle corrigée inférieure ou égale à 1/20 au meilleur œil et/ou réduction concentrique du champ visuel à moins de 10°).

Le bénéficiaire ne fréquente pas l'enseignement spécial de type 6.

### 2.4. Objectifs de la rééducation :

Cochez la ou les cases correspondant aux objectifs actuels de la rééducation.

La rééducation vise directement une amélioration

- de la coordination sensori-motrice fondamentale ;
- de la perception globale ou fine de l'espace environnant ;
- de l'orientation et de la mobilité ;
- de la prise de connaissance de documents ;
- de la prise de notes à usage personnel ou de la communication d'informations écrites ;
- de l'exécution des activités de la vie quotidienne.

Le responsable médical de l'établissement de rééducation fonctionnelle certifie que toutes les obligations et conditions reprises dans la convention sont remplies pour ce bénéficiaire.

Le responsable médical de  
 l'établissement  
 de rééducation fonctionnelle  
 (nom, date, signature, n° INAMI)