

## Formulaire de diagnostic médical pour les athlètes en situation de handicap visuel



Le formulaire doit être rempli par un ophtalmologiste professionnel. Tous les documents médicaux nécessaires précisés aux pages 2 et 3 doivent être joints. Le formulaire et la documentation médicale jointe peuvent datés de plus de 12 mois au moment de l'évaluation de l'athlète.

### Information Athlète

Nom :

Prénom:

Nationalité :

Sexe:            Femme         Hommes

Date de naissance :

Sport:

### Information Médicales

Description du diagnostic médical de l'athlète

Etat de santé:	<input type="checkbox"/> Evolutive	<input type="checkbox"/> stable

Histoire Médicale :

Age d'apparition :

Future chirurgie, évolution, procédure prévues :



## 2. Documentation médical supplémentaire

Merci de préciser de quelle pathologie l'athlète est affecté

Situation de l'oeil	Documents Médicaux Additionnels requis (voir ci-dessous)
<input type="checkbox"/> Maladie antérieure	Aucun
<input type="checkbox"/> Maladie maculaire	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Macular OCT</li><li>▪ Multifocal and/or pattern ERG*</li><li>▪ VEP*</li><li>▪ Pattern appearance VEP*</li></ul>
<input type="checkbox"/> Maladie rétinienne périphérique	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Full field ERG*</li><li>▪ Pattern ERG*</li></ul>
<input type="checkbox"/> Maladie du nerf optique	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ OCT</li><li>▪ Pattern ERG*</li><li>▪ Pattern VEP*</li><li>▪ Pattern appearance VEP*</li></ul>
<input type="checkbox"/> Maladie neurologique / cortical	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pattern VEP*</li><li>▪ Pattern ERG*</li><li>▪ Pattern appearance VEP*</li></ul>

Les signes oculaires doivent correspondre au diagnostic et au degré de perte de vision. Si la situation de l'œil est évidente et visible et explique la perte de vision, aucune documentation médicale supplémentaire n'est nécessaire. Sinon, la documentation médicale supplémentaire indiquée dans le tableau ci-dessus doit être jointe à ce formulaire. Si la documentation médicale est incomplète, les classificateurs ne seront pas en mesure d'allouer une classe de sport.

### \* Notes sur les évaluations électrophysiologiques (de VEPs et ERG):

Là où il y a divergence ou une éventuelle différence entre le degré de perte visuelle, et la preuve visible de maladie oculaire l'utilisation d'électrophysiologie visuelle est souvent utile pour démontrer le degré de déficience.

Les données soumises doivent inclure le rapport du laboratoire effectuant des tests, des copies des données originales, les données normatives pour ce laboratoire, et la mention de l'équipement utilisé, et son statut d'étalonnage. Les tests doivent être effectués au minimum aux normes fixées par la Société internationale pour l'Electrophysiologie de la Vision (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

Un Électrorétinogramme plein champ complet (ERG) teste la fonction de la rétine entière en réponse à de brefs éclairs de lumière, et peut séparer la fonction soit de la tige ou soit des systèmes de cône. Mais il ne donne aucune indication sur la fonction maculaire.

- Un test Pattern ERG teste la fonction centrale de la rétine, menée par les cônes maculaires mais prenant source dans les cellules ganglionnaires de la rétine.
- Un multifocal ERG teste la zone centrale (diamètre d'environ 50 degrés.) et produit une représentation topographique de l'activité centrale de la rétine.

Un potentiel évoqué visuel cortical (VEP) enregistre le signal produit dans le cortex visuel primaire (V1), en réponse soit à un stimulus ou soit à des impulsions de lumière. Un VEP absente ou anormale n'est pas en soi une preuve de problèmes spécifiques de nerf optique ou de problème de cortex visuel sauf si la fonction centrale de la rétine normale a été démontrée.

- Une apparence de pattern VEP est une version spécialisée de la VEP utilisée pour établir un seuil visuel qui peut permettre démontrer objectivement la capacité visuelle au niveau du cortex visuel primaire.

Je confirme que les informations ci-dessus sont correctes.

Je certifie qu'il n'y a aucune contre-indication pour cet athlète à concourir au niveau compétitif, à l'exception de \_\_\_\_\_.

Nom :

Spécialité Médicale:

Numéro d'enregistrement:

Adresse:

Ville:

Pays:

Tel:

E-mail:

Date:

Signature: