**Questionnaire-réponse en vue d’évaluer le droit**

**à une allocation pour impotent**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personne assurée (prénom, nom)**  , | **Date de naissance** | **Numéro AVS** |

**Médecin** : Dr. :

**Diagnostic(s) ayant une répercussion sur l’acuité visuelle** :

Acuité visuelle de l’œil droit corrigée  :

Acuité visuelle de l’œil gauche corrigée :

1. La personne assurée présente une acuité visuelle corrigée bilatéralement   
   de moins de 0.2 Non  oui
2. Elle présente une altération du champ visuel à 10 degrés à partir du centre Non  oui  (20 degrés de diamètre horizontal)

Si oui, de combien de degrés ? :

1. Elle présente :

une diminution de l’acuité visuelle **et** une limitation du champ visuel

**ou**

une autre atteinte du champ visuel (par ex : pertes sectorielles ou en croissant, hémianopsies

ou scotome central)

quientraîne les mêmes effets qu’une altération du champ visuel à 10 degrés à partir

du centre ou d’une acuité visuelle corrigée bilatéralement de moins de 0.2.

Non  oui

Si oui, en décrire précisément les effets :

**Depuis quelle date (mois/année)?** :

Remarque importante : Indiquez la date à laquelle objectivement et pour la 1ère fois, une des 3 conditions (lettres a, b, ou c) a été remplie.

**Des rapports d’Octopus sont-ils en votre possession ?**  Non  oui

Si oui, les joindre svp à l’envoi.

**Pronostic : Susceptible d’amélioration ?**  Non  oui

Remarque:

Date :       Sceau et signature :

……………………………………