



11003016105630

Examen Ophtalmologique 2017

NOM : _____	PRENOM : _____
	Date de naissance :/...../.....

Cher Confrère,

Pourriez-vous réaliser chez ce patient un **examen ophtalmologique** approfondi.

Cet examen doit répondre aux normes F.I.A. :

- a) acuité visuelle : avant ou après correction au moins 9/10° pour chaque œil, ou 8/10° un œil avec 10/10 pour l'autre.

Tout sujet ayant une acuité visuelle diminuée et non améliorabile portant sur un seul œil mais ayant obligatoirement une vision controlatérale corrigée ou non, égale ou supérieure à 10/10°, peut obtenir une licence de conducteur sous les conditions suivantes et après contrôle par un ophtalmologiste qualifié :

- conformité avec les points b, c et d;
- état du fond d'œil excluant une rétinopathie pigmentaire ;
- toute lésion, ancienne ou congénitale, sera unilatérale;
- **la cécité unilatérale est une contre indication absolue si elle date de moins de 5 ans. Si elle date de plus de 5 ans, seule la Commission médicale de la FIA peut décider de l'aptitude.**

- b) Vision des couleurs : normale (en cas d'anomalie, recours à la table d'ISHIHARA et en cas d'erreur, test de FAMGWORTH ou système analogue) ; en tout cas, pas d'erreur dans la perception des couleurs des drapeaux utilisés lors des compétitions internationales.

- c) Champ de vision statique de 120° au minimum ; les 20° centraux doivent être indemnes de toute altération.

- d) Vision stéréoscopique : fonctionnelle. En cas d'anomalie recours aux tests de WIRTH, de BAGOLINI (verres striés) ou tests analogues.

- e) Correction de la vision : verres de contact sont admis à condition :

- qu'ils aient été portés depuis au moins 12 mois et chaque jour pendant une durée significative
- et que l'ophtalmologiste les certifie appropriés à la course automobile.

Pour plus de facilité, veuillez effectuer le protocole au verso de cette fiche qui doit être renvoyée au

*Dr. Christian WAHLEN - Commission Médicale R.A.C.B.
rue Raikem, 17 - 4000 Liège*

Vos honoraires sont à charge directe du candidat pilote hors intervention INAMI.

En vous remerciant de votre bonne collaboration, nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'assurance de nos sentiments confraternels.

Le médecin examinateur(cachet, date, signature)

EXAMEN OPHTALMOLOGIQUE 2017

NOM : _____	PRENOM : _____
--------------------	-----------------------

Antécédents oculaires			
Troubles oculaires actuels			
Inspection-examen biomicroscopique			
Motilité oculaire Cover test			
Existence d'une diplopie			
Réflexes pupillaires et cornéens			
Acuité visuelle centrale de loin		œil gauche	œil droit
	sans correction		
	avec correction		
Sens chromatique	Ishihara		
	Famsworth D15		
Couleur des drapeaux noir, blanc, rouge, jaune, bleu, vert	perception normale	oui	non
Fond d'œil	Gauche		
	Droit		
Champ visuel mesuré dans les diamètres 0° - 180°/90° - 270°/45° - 225°/135° - 315° à reporter sur schéma à annexer.			

Autre anomalies

L'examen ophtalmologique de l'intéressé satisfait aux normes FIA :

OUI

NON

Certifié exacte (date, cachet et signature)

.....