|  |
| --- |
| Formulaire de Diagnostic Médicalpour athlètes avec une déficience visuelle |

**Le formulaire doit être complété en français par l’athlète (partie 1) et par un ophtalmologue (partie 2). Il doit être envoyé à la LHF (****classification@handisport.be****) au moins 4 semaines avant la date de la classification.**

**Tous les documents médicaux demandés en pages 3 et 4 doivent être annexés à ce formulaire.**

**Le formulaire et les documents médicaux annexés ne peuvent pas dater de plus de 12 mois au moment de l’Evaluation de l’Athlète.**

#### Informations athlète (à compléter par l’athlète AVANT son rendez-vous chez le médecin)

Nom :

Prénom :

Genre : 🗌 féminin 🗌 masculin Date de naissance :

Sport : Numéro de registre national

Ligue : LHF (si applicable):

Club :

N° licence :

E-mail :

Téléphone :

J’ai pris connaissance des dix déficiences reconnues pour la pratique du sport en compétition et pense présenter au moins une de ces déficiences.

Oui 🗌 Non 🗌

Date Signature de l’athlète

#### Informations médicales (à compléter par le médecin)

Diagnostic :

|  |
| --- |
|  |

Date de début :

Intervention(s)

médicale(s) à venir :

L’athlète porte des lunettes :

 🗌 Oui 🗌 non Correction : Droite :

 Gauche :

L’athlète porte des lentilles de contact :

 🗌 Oui 🗌 non Correction : Droite :

 Gauche :

L’athlète porte une prothèse oculaire :

 🗌 Droite 🗌 gauche

Médicaments :

|  |  |
| --- | --- |
| Médicaments oculaires utilisés par l’athlète |  |
| Allergies aux médicaments oculaires |  |

#### Evaluation de l’acuité visuelle et du champ visuel

Acuité visuelle

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Œil droit | Œil gauche |
| Avec correction |  |  |
| Sans correction |  |  |

Type de correction :

Méthode de mesure :

Champ visuel

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En degrés (radius) | Œil droit | Œil gauche |
|  |  |  |

#### Classe

|  |
| --- |
| 🗌 B1 🗌 B2 🗌 B3🗌 Non – Eligible🗌 Avis complémentaire nécessaire |

### Annexes au Formulaire de Diagnostic Médical

#### Test de champ visuel

Pour tous les athlètes avec un champ visuel restreint, un test de champ visuel doit être annexé à ce formulaire.

Le champ visuel de l’athlète doit être testé par un test de « champ complet » (120˚) et un test de champ central de 30˚, 24˚ ou 10˚, en fonction de la pathologie.

Un des protocoles suivants doit être utilisé lors de l’évaluation : *Périmètre de Goldmann* (Intensité lll/4), *Humphrey Field Analyzer* ou *Octopus* (Interzeag).

#### Autres documents médicaux

Merci de spécifier de quel trouble oculaire l’athlète est affecté.

|  |  |
| --- | --- |
| **Handicap visuel** | **Documents médicaux supplémentaires requis** |
| 🗌 Maladie antérieure | aucun |
| 🗌 Atteinte maculaire | * OCT Maculaire
* ERG\* Multifocal et/ou Pattern
* PEV\*
* PEV Pattern Appearance (PEV-acuité)\*
 |
| 🗌 Atteinte périphérique de la rétine | * ERG Plein Champ \*
* ERG Pattern \*
 |
| 🗌 Atteinte du nerf optique | * OCT
* ERG Pattern \*
* PEV Pattern \*
* PEV Pattern Appearance (PEV-acuité)\*
 |
| 🗌 Maladie corticale ou neurologique | * PEV Pattern\*
* ERG Pattern \*
* PEV Pattern Appearance (PEV-acuité)\*
 |

**Les lésions oculaires doivent correspondre au diagnostic et à la perte de vision. Si le trouble oculaire est évident, visible et explique la perte de vision, aucun document médical supplémentaire n’est requis. Dans le cas contraire, des documents médicaux supplémentaires doivent être annexés à ce formulaire, comme indiqués dans le tableau ci-dessus. Si le dossier médical est incomplet, le classificateur ne sera pas capable d’attribuer une classe.**

**\*Remarques à propos des évaluations électrophysiologiques (PEV et ERG) :**

S’il y a une contradiction ou une possible contradiction entre le degré de perte visuelle et la preuve visible d’une maladie oculaire, l’utilisation de l’électrophysiologie visuelle aide souvent à démontrer le degré de handicap.

Les données soumises doivent inclure le rapport du service qui a réalisé les examens, les copies des données originales, la plage de données normatives pour ce service et une déclaration spécifiant l’équipement utilisé et son statut de calibration. Les tests doivent être réalisés, au minimum, selon les standards déterminés par l’International Society for Electrophysiology of Vision (ISCEV) (<http://www.iscev.org/standards/>).

Un électrorétinogramme de champ complet (ERG) examine la fonction de la rétine entière en réponse à de brefs flashs de lumière et peut séparer la fonction de chacun des bâtonnets et cônes. Toutefois, il ne donne pas d’indication sur la fonction maculaire.

* Un Pattern ERG teste la fonction centrale de la rétine, donnée par les cônes maculaires mais largement originaires des cellules ganglionnaires de la rétine.
* Un ERG multifocal teste la zone centrale (d’environ 50˚ de diamètre) et produit une représentation topographique de l’activité centrale de la rétine.

Les potentiels évoqués corticaux (VEP - PEV) enregistrent la forme du signal produit dans le cortex visuel primaire (V1) en réponse à chacun des types de stimulus ou impulsion de lumière. Un PEV absent ou anormal n’est pas une preuve en de problèmes spécifiques du nerf optique ou du cortex visuel, sauf si une fonction centrale normale de la rétine a été démontrée.

* Un PEV Pattern Appearance (PEV-acuité) est une version spécialisée du PEV utilisée pour établir le seuil visuel qui peut être utilisé pour 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 pas de contre-indication pour cet athlète de pratiquer un sport au niveau compétitif, à l’exception de** Nom : Spécialité médicale : N° de registre : Adresse :  Téléphone : E-mail : Date : Signature : |

**Ce Formulaire de Diagnostic Médical et ses annexes doivent être remis à la Ligue Handisport Francophone par l’athlète.**

Ligue Handisport Francophone

Hôpital Reine Fabiola - GHDC

69, Avenue du Centenaire

6061 Montignies-sur-Sambre

071 10 67 50

classification@handisport.be