

A retourner au Service des automobiles
et de la navigation du canton de Vaud

Nom :

Prénom :

Date de naissance
(jou/mois/année)

/ /

N° NIP :

RAPPORT OPHTALMOLOGIQUE

A. Les exigences en matière de facultés visuelles définies à l'annexe 1 de l'ordonnance du 27 octobre 1976 réglant l'admission à la circulation routière (OAC; RS 741.51) ont été examinées pour :

le 1^{er} groupe (A, A1, B, B1, F, G, M)

le 2^{ème} groupe (D, D1, C, C1, autorisation de transporter des personnes à titre professionnel, experts de la circulation)

B. Constatations

1. Pour toutes les catégories de permis :

1.1 Acuité visuelle :

Vision lointaine : non corrigée :

corrigée :

à droite : _____ à gauche : _____ à droite : _____ à gauche : _____

1.2 Champ visuel : répond aux exigences définies à l'annexe 1 OAC :

pour le 1^{er} groupe pour le 2^{ème} groupe

est réduit * :

1.3 Mobilité des yeux : sans restrictions avec restrictions *

1.4 Diplopie : non oui *

* Veuillez indiquer dans les «Remarques» l'affection oculaire à l'origine des restrictions.

Remarques :



C. Évaluation

Les exigences minimales en matière de facultés visuelles définies à l'annexe 1 OAC pour le :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1 ^{er} groupe | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} groupe |
| <input type="checkbox"/> sont satisfaites sans correcteur de vue | <input type="checkbox"/> sont satisfaites sans correcteur de vue |
| <input type="checkbox"/> sont satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue | <input type="checkbox"/> sont satisfaites uniquement avec des correcteurs de vue |
| <input type="checkbox"/> ne sont pas satisfaites | <input type="checkbox"/> ne sont pas satisfaites |
| <input type="checkbox"/> une évaluation médicale globale est requise (médecin de niveau 1/2/3/4) | <input type="checkbox"/> une évaluation médicale globale est requise (médecin de niveau 1/2/3/4) |

Une nouvelle évaluation ophtalmologique s'impose dans le cadre de l'aptitude à la conduite automobile :

non oui dans quel délai ? mois

Date de l'examen : _____

Global Location Number (GLN) du médecin : _____

Cachet et signature du médecin :

