

ANNEXE A
RAPPORT D'EXAMEN VISUEL POUR ÉTUDIANT POLICIER

IDENTIFICATION DU CANDIDAT	
Nom, Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)

SECTION 2. ET 3. À REMPLIR ET SIGNER PAR L'OPHTALMOLOGISTE OU PAR L'OPTOMÉTRISTE

ÉVALUATION VISUELLE

Note : Se référer au document sur les normes visuelles, Les yeux et la vision, disponible sur le site internet de l'École Nationale de Police du Québec

Le candidat est-il sous traitement d'orthokératologie?

oui → Effectuer l'examen visuel après une suspension temporaire appropriée du traitement (14 jours ou plus) non

1. ACUITÉ VISUELLE (Charte de Snellen en mesures métriques ou en mesures anglaises)

Norme A, pour tout candidat

Acuité visuelle de près minimale

Aucune exigence spécifique n'est recommandée

Acuité visuelle de loin minimale

6/6 (20/20) pour un œil ET 6/9 (20/30) pour l'autre œil

œil droit	/	œil gauche	/
-----------	---	------------	---

La norme est-elle atteinte à l'aide de lunettes ou lentilles cornéennes?

oui → Appliquer la Norme B et précisez :

- Lunettes
- Lentilles cornéennes souples
- Lentilles cornéennes rigides

non

Norme B, pour un candidat atteignant la norme A à l'aide de lunettes ou de lentilles cornéennes

Acuité visuelle minimale sans correction de loin

6/12 (20/40) pour un œil ET 6/30 (20/100) pour l'autre œil
ou

6/18 (20/60) pour l'œil droit ET 6/18 (20/60) pour l'œil gauche

œil droit	/	œil gauche	/
-----------	---	------------	---

La norme est-elle atteinte?

oui

non → Y-a-t-il possibilité que l'étudiant puisse subir une chirurgie réfractive qui lui permettrait de rencontrer les exigences visuelles ?

oui non ne peut être déterminé

2. PERCEPTION DES COULEURS

Pour tout candidat

Effectuez l'un ou l'autre des tests de dépistage de perception des couleurs suivants :

Test utilisé	Réussite	Échec
<input type="checkbox"/> Ishihara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HRR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dvorine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si échec : → Effectuer 2 essais du Farnsworth D-15 (saturé).

Note: Le port de verres ou lentilles teintés ou modifiant la perception des couleurs n'est pas autorisé.

Farnsworth D-15 (Saturé) si applicable

Un essai est échoué lorsque le nombre d'erreurs diamétrales est égal ou supérieur à 2. L'erreur diamétrale est définie comme une erreur de classement égale ou supérieure à 4 intervalles.

	Réussite	Échec
1 ^{er} essai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^e essai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^e essai si applicable*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Si les conclusions du premier et du deuxième test diffèrent, un troisième essai doit être effectué. Ce 3^e essai déterminera la réussite ou l'échec du test.

3. VISION PÉRIPHÉRIQUE (note : l'évaluation du champ visuel est à effectuer les deux yeux séparément)

Le champ visuel est-il d'au moins **140** degrés continus le long du méridien **horizontal** et d'au moins **90** degrés continus le long du méridien **vertical** pour chaque œil?

œil droit	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	œil gauche	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-----------	------------------------------	------------------------------	------------	------------------------------	------------------------------

ANNEXE A

RAPPORT D'EXAMEN VISUEL POUR ÉTUDIANT POLICIER

4. FUSION BINOCULAIRE ET MOTILITÉ OCULAIRE		
Semble-t-il y avoir une ou plusieurs des conditions oculaires suivantes : <input type="checkbox"/> Strabisme ou <input type="checkbox"/> Amblyopie Dans l'affirmative, le candidat présente-t-il des limitations ou un déficit fonctionnel ? <input type="checkbox"/> oui, précisez : _____ <input type="checkbox"/> non		
<input type="checkbox"/> Diplopie Dans l'affirmative, est-ce intermittent plus de 50% du temps? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
5. AFFECTIONS OCULAIRES DIVERSES		
Précisez toute anomalie décelée durant l'examen, de même que les pathologies oculaires ou antécédents de blessures aux yeux ou la tête et chirurgie si applicable. → Détaillez le diagnostic, les investigations, les traitements antérieurs et actuels, le pronostic ainsi que les limitations fonctionnelles temporaires ou permanentes (si applicables) du candidat : _____ _____		
Selon votre évaluation actuelle, le candidat semble-t-il être en mesure d'effectuer les tâches incombant à un policier en toute sécurité malgré cette anomalie ou pathologie? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
6. CHIRURGIE RÉFRACTIVE		
Le candidat a-t-il déjà subi une chirurgie réfractive? <input type="checkbox"/> oui → Date de chirurgie (AAAA-MM-JJ) : _____ <input type="checkbox"/> non		
Est-ce que cet examen est effectué après la période d'attente minimale postopératoire, en fonction du type de chirurgie?: <input type="checkbox"/> LASIK → 90 jours <input type="checkbox"/> PRK et ses variantes → 90 jours <input type="checkbox"/> LALEX ou ReLEX → 90 jours <input type="checkbox"/> LIOP → 6 mois <input type="checkbox"/> Le candidat a subi un autre type de chirurgie réfractive. Précisez : _____		
L'acuité visuelle est-elle considérée stable maintenant? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Précisez : _____		
Y a-t-il actuellement un risque accru d'affection oculaire lors d'affrontements résultant de cette opération? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Le candidat présente-t-il l'une des complications suivantes : <input type="checkbox"/> Halos ou éblouissement <input type="checkbox"/> Trouble de vision nocturne <input type="checkbox"/> Variation de la vision <input type="checkbox"/> Sécheresse oculaire sévère <input type="checkbox"/> Opacité cornéenne (« haze ») <input type="checkbox"/> Perte subjective de la sensibilité au contraste <input type="checkbox"/> Autre complication postopératoire. Précisez : _____ → Si une de ces complications est présente, selon votre évaluation actuelle, le candidat semble-t-il être en mesure d'effectuer les tâches incombant à un policier en toute sécurité malgré cette complication? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si la chirurgie concerne les LIOP de la chambre antérieure et postérieure, veuillez compléter les questions additionnelles suivantes :		
	œil droit	
	œil gauche	
Pression intraoculaire	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Dernière mesure de la « vault » Date :	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
Absence de pigments ou de dépôts significatifs sur le LIOP	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Décompte endothélial	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal
COMMENTAIRES		
Veuillez indiquer tout élément non mentionné dans ce rapport dont vous jugez important de communiquer dans le contexte des tâches incombant à un candidat à l'admission à l'École Nationale de Police du Québec : _____ _____		

3. IDENTIFICATION DE L'OPHTALMOLOGISTE OU DE L'OPTOMÉTRISTE	
Nom, Prénom	Numéro de permis d'exercice
Adresse professionnelle complète	
Spécialité	Date de l'examen (aaaa-mm-jj)
Signature	Date (aaaa-mm-jj)