**INTERVENTION DE L 'EQUIPE MOBILE BASSE VISION BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ**

FICHE DE PRESCRIPTION (FP)

*Une intervention auprès d'un ou d'une bénéficiaire doit faire l’objet d’une fiche de prescription.*

*L’ensemble des éléments figurant sur cette page doit être renseigné par le prescripteur.*

Dossier n° (n° d'ordre renseigné ultérieurement par l'**équipe mobile basse vision**)

Identité et coordonnées du prescripteur

Nom de l’organisme ou de la personne/fonction **:**

Adresse :

Nom Prénom du correspondant **:**

Tél : Email :

Identité et coordonnées de la personne bénéficiaire

Nom Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél : Email : Sexe : M □ / F 🖾

Situation de la personne bénéficiaire

**Handicap : Visuel 🗹** Handicap(s) associé(s)**: N° dossier MDPH**

**Pathologie :**

**Degré de malvoyance** (selon classification OMS)**:**

Catégorie 1 : Acuité visuelle corrigée binoculaire <3/10 et ≥1/10 avec un champ visuel ≥ 20 □

Catégorie 2 : Acuité visuelle corrigée binoculaire <1/10 et ≥1/20 □

Catégorie 3 : Acuité visuelle corrigée <1/20 et ≥1/50 ou champ visuel compris entre 5 et 10 degrés □

Catégorie 4 : Acuité visuelle <1/50 mais perception lumineuse préservée ou champ visuel <5 degrés □

Catégorie 5 : Cécité absolue, absence de perception lumineuse □

**Reconnaissance du handicap : Niveau de formation :**

MDPH/CDA marché du travail □ niveau VI (de 6ème à 4ème) □

En attente de reconnaissance □ niveau Vbis (3ème) □

AAH seule □ niveau V (BEP, CAP) □

Carte d’invalidité seule □ niveau IV (BAC) □

Pension ou rente d’invalidité □ niveau III (BAC+2) □

Autres (préciser) : □ niveau I à II (BAC+3 et plus) □

**Bénéficiaire de la PCH** □ Bénéficiaire de minima sociaux : non □ oui □ précisez :

|  |
| --- |
| Prestations de *professionnels basse vision* dont a déjà bénéficié le/la bénéficiaire : |
| Date : | Organisme : | Type de prestation : |
|  |  |  |
|  |  |  |

🡺 🡺 🡺

|  |
| --- |
| Exposé du contexte de la demande selon le prescripteur : |
|  |
| Date de l’envoi à l'équipe mobile basse vision : Signature du prescripteur : |