
Date du dépistage: _____

Cet enfant a-t-il consulté un ophtalmologiste au cours de la dernière année ? ☐ Non ☐ Oui

(Si oui, veuillez continuer les rendez-vous avec l'ophtalmologiste de votre enfant.)

Un Lions Club local offrira un dépistage visuel gratuit aux enfants. Les dépistages sont réalisés en collaboration avec Iowa KidSight, un programme du Département d'ophtalmologie et des sciences de la vision de l'Hôpital pour enfants Stead Family de l'Université de l'Iowa.

Le dépistage visuel produit des images des yeux de l'enfant afin de détecter la présence de troubles visuels : myopie, hypermétropie, astigmatisme, anisométrie (différence de puissance réfractive entre les yeux), strabisme (yeux non alignés), et opacités des milieux (ex. : cataractes). Aucun contact physique n'est établi avec l'enfant et aucune goutte ophtalmique n'est utilisée pendant le dépistage.

Ce dépistage est efficace à environ 85–90 % pour détecter les problèmes pouvant entraîner une baisse de la vision. La participation est volontaire. Ce dépistage est destiné aux enfants âgés de 6 mois jusqu'à la maternelle. Les enfants de moins de 6 mois ne seront pas dépistés. Les images ne seront pas évaluées sans un formulaire de consentement dûment rempli et signé.

Veuillez écrire lisiblement ou taper les informations ci-dessous :

Prénom de l'enfant: _____ Nom de famille: _____

F _____ M _____ A _____ Date de naissance de l'enfant _____ / _____ / _____ Âge de l'enfant :nan: _____

Ras/Etnisite:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Amérindien | ☐ Autochtone de l'Alaska | ☐ Asiatique | ☐ Noir ou Afro-Américain |
| ☐ Hispanique ou Latino | ☐ Insulaire du Pacifique | ☐ Blanc ou Caucasien | ☐ Autre |

Nom du parent: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code Postal: _____

Téléphone portable: () _____ Autre téléphone: () _____

Adresse e-mail : _____

Je, soussigné(e), autorise mon enfant, _____, à participer à cet événement de dépistage. Je comprends les éléments suivants concernant ce programme. Je comprends et j'accepte ce qui suit :

1. Les informations obtenues lors de ce dépistage sont uniquement préliminaires et ne constituent pas un diagnostic de troubles visuels.
2. Je serai contacté(e) avec les résultats du dépistage par Iowa KidSight à l'Hôpital pour enfants Stead Family de l'Université de l'Iowa, ou par le site de dépistage de mon enfant. Le personnel d'Iowa KidSight peut me contacter pour un suivi.
3. Ce résultat de dépistage peut satisfaire à l'exigence de dépistage visuel pour l'entrée à la maternelle et peut être enregistré dans le Registre d'immunisation de l'Iowa.
4. Je suis responsable de prendre rendez-vous pour un examen complet de la vue avec un ophtalmologiste de mon choix si mon enfant est référé à la suite du dépistage. Iowa KidSight recommande un examen avec dilatation des pupilles.
5. Les résultats de l'examen de la vue de mon enfant peuvent être partagés avec Iowa KidSight afin d'évaluer l'efficacité du programme. Iowa KidSight garantira la confidentialité de tous les dossiers et résultats.
6. Je ne tiendrai pas le Lions Club, ses bénévoles, les organisations affiliées, ni l'Hôpital pour enfants Stead Family de l'Université de l'Iowa responsables de toute erreur ou omission ou de tout mauvais diagnostic. Il n'y a aucun risque prévisible à participer au dépistage visuel d'Iowa KidSight.

FR French Avis de Traduction Ce formulaire a été traduit en français à l'aide de Microsoft Copilot, un outil basé sur l'intelligence artificielle. Bien que nous ayons fait de notre mieux pour garantir l'exactitude de la traduction, celle-ci peut comporter des erreurs. Si vous avez des questions ou si vous avez besoin de précisions, veuillez contacter Iowa KidSight.

Translation Notice This form has been translated into French using Microsoft Copilot, an AI-powered tool. While we have made every effort to ensure accuracy, please note that the translation may not be perfect. If you have any questions or need clarification, please contact Iowa KidSight for assistance.