

Formulaire d'acuité visuelle du personnel END

SECTION 4: EXIGENCES EN MATIÈRE DE VISION DES COULEURS:

La(Les) vérification(s) de vision des couleurs et/ou de la perception des niveaux de gris doivent être administrés par un médecin, une infirmière, un ophtalmologiste ou un optométriste ou par un autre professionnel qualifié, approuvé et documenté par un personnel de niveau 3 agissant au nom de l'employeur. L'examen de la vue doit avoir été effectué au plus tard 12 mois avant la date de réception de ce formulaire par le CWB.

Il est nécessaire que la vision des couleurs et/ou la perception des niveaux de gris soient suffisantes pour que l'individu soit capable de distinguer et de différencier les couleurs ou les nuances de gris utilisées dans les méthodes/techniques END concernées, comme spécifié par l'employeur.

L'examen de vision des couleurs doit soit confirmer que la personne a une vision des couleurs acceptable sans restriction, soit indiquer toute limitation de la perception des couleurs.

Le test des 24 plaques d'Ishihara est un exemple d'examen de vision des couleurs approprié.

SECTION 5 : DÉCLARATION DE LA PERSONNE ADMINISTRANT L'EXAMEN DE VISION DES COULEURS :

Ceci est pour certifier que moi, _____ j'ai effectué un examen d'acuité visuelle
Nom complet (en lettres moulées)

_____ le _____
Nom du demandeur (en lettres moulées) Date de l'examen (MM / JJ / AAAA)

Je certifie également que le demandeur: (cochez la case applicable)

Répond aux exigences de vision de la Section 4

Ne répond pas aux exigences de vision de la Section 4

Répond aux exigences de la Section 4 avec les restrictions : _____

Cochez l'une des cases suivantes :

Optométriste

Ophtalmologiste

Autre (remplir la section 6)

Infirmière

Médecin agréé

Adresse: _____

Courriel: _____

Signature de l'examineur : _____ Tél. # : _____

SECTION 6 : DÉCLARATION D'APPROBATION ET DE DOCUMENTATION PAR UN NIVEAU 3 :

Ceci certifie que j'ai, _____ approuvé le personnel effectuant les examens de vision
Nom complet (en lettres moulées)

pour _____ le _____
Nom du demandeur (en lettres moulées) Date d'examen (MM / JJ / AAAA)

Numéro d'enregistrement du niveau 3 : _____ Signature : _____

POUR USAGE DU CWB UNIQUEMENT :

Revu par : _____

Date : _____

**VEUILLEZ JOINDRE LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À VOTRE DEMANDE ET L'ENVOYER AU CWB.
CONSERVEZ UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS.**