



**DIP - SSIJ**  
**Unité Vue et Ouïe**  
 Rue des Glacis-de-Rive 11  
 1207 Genève  
 Tel.: +41 (0)22 546 41 00

**Aos pais de**

Genebra, a

**Escola:**  
**Grau:**

Cara Senhora, caro Senhor,

O exame de rastreio da visão efetuado no âmbito escolar a xx/xx/xxxx, colocou em evidência a necessidade de agendar um controlo oftalmológico para o(a) seu(sua) filho(a).

Pedimos que envie esta carta ao oftalmologista da sua escolha e que informe o seu pediatra.

Caso ainda não tenha escolhido um oftalmologista, segue-se um *link* que irá permitir-lhe encontrar um em Genebra: <https://www.amge.ch/medecins/annuaire-des-medecins/>. (O seguro obrigatório reembolsa 180.- CHF por ano até aos 18 anos no caso dos vidros dos óculos, mediante a apresentação da receita de um oftalmologista.)

Pedimos que aceite, cara Senhora, caro Senhor, os nossos melhores cumprimentos.

Dr. MUNIER Alain  
 Médico responsável de oftalmologia

CAFALLI, Myriam  
 Técnico(a) de audição e oftalmologia

\*\*\*\*\*

**À atenção do oftalmologista:** pedimos que nos devolva este formulário com o resultado do seu exame e que devolva uma cópia do mesmo aos pais.

**Data do exame:** .....

**Acuidade visual:** OD não corrigido ..... corrigido ..... de perto .....  
 OE não corrigido ..... corrigido ..... de perto .....

**Rp:** olho direito .....  
 olho esquerdo .....

Ambliopia irreductível: **OD\***  **OE\***   
 Ambliopia em fase de reeducação: **OD\***  **OE\***

**Uso de óculos:** \*  
 não   
 na sala de aula   
 constantemente   
 oclusão

**Comentários:**

**Carimbo / Assinatura:**