**MD5M Lions KidSight**

**Formulaire de consentement**

Date du dépistage: **<<< ---** **Click here to insert dates --- >>>**.

Cet enfant est-il actuellement sous les soins et le traitement d’un ophtalmologiste? ☐ Non ☐ Oui

Cet enfant porte-t-il des lunettes ou des lentilles cornéennes ? ☐ Non ☐ Oui

Le dépistage gratuit de la vue sera offert aux enfants par le **<<< ---** **Click here to enter Club Name --- >>>**. Les événements de dépistage sont parrainés par la MD5M Lions KidSight Foundation, Inc. Le dépistage de la vision produit des images des yeux d’un enfant pour déterminer la présence de troubles oculaires, y compris la vision lointaine et proche, en plus de l’astigmatisme, de l’anisotropie (pouvoir réfractif inégal), du strabisme (yeux mal alignés) et des opacités médiatiques (par exemple, cataractes) qui peuvent entraîner une amblyopie (œil paresseux). Aucun contact physique n’est établi avec un enfant et aucune goutte pour les yeux n’est utilisée pendant le dépistage de la vision. Ce dépistage est efficace d’environ 85 à 90 % pour détecter les problèmes qui peuvent entraîner une vision réduite.

La participation est volontaire. Les enfants de moins de 6 mois ne seront pas dépistés. **Aucun enfant ne fera l’objet d’un dépistage sans un formulaire de consentement signé et dûment rempli.** Si plus d’un enfant de la même famille fait l’objet d’un dépistage, inscrivez son ou ses noms au verso de ce formulaire. Il n’y a pas de risques prévisibles à participer au dépistage de la vision md5M Lions KidSight.

Veuillez imprimer ou taper les informations ci-dessous:

Nom de l’enfant: Premier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dernier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (MM/JJ/AAAA) Âge de l’enfant \_\_\_\_\_

Nom du parent / tuteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone : ( \_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Adresse électronique : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je, soussigné, donne par la présente la permission à mon ou mes enfants, énumérés sur ce formulaire, de participer à l’événement de dépistage. Je comprends ce qui suit au sujet de ce programme :

1. L’information obtenue à partir de ce criblage est préliminaire seulement et ne constitue pas un diagnostic des problèmes de vision.
2. Il n’y a pas de frais pour participer à l’événement de dépistage.
3. Je serai contacté avec les résultats de la projection par Lions KidSight.
4. Je suis responsable d’organiser un examen complet de la vue avec un médecin de mon choix si mon enfant a été référé à la suite du dépistage de la vision. Lions KidSight recommande un examen de la vue dilaté.
5. Les résultats de l’examen de la vue de votre enfant seront compilés de manière anonyme avec les examens d’autres enfants pour surveiller l’efficacité du processus de dépistage.
6. MD5M Lions KidSight préservera la confidentialité de tous les enregistrements et résultats.
7. Je ne tiendrai pas le Lions Club et ses bénévoles ou les organisations du Lions Clubs responsables de toute erreur de commission ou d’omission.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Signature du parent ou du tuteur Date

**For Lions Use Only**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required****Not Referred \_\_\_\_ Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

Cet enfant est-il actuellement sous les soins et le traitement d’un ophtalmologiste? ☐ Non ☐ Oui

Cet enfant porte-t-il des lunettes ou des lentilles cornéennes ? ☐ Non ☐ Oui

Nom de l’enfant : Premier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dernier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de Birth\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (MM/JJ/AAAA) Âge de l’enfant \_\_\_\_\_

**For Lions Use Only**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required****Not Referred \_\_\_\_ Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

Cet enfant est-il actuellement sous les soins et le traitement d’un ophtalmologiste? ☐ Non ☐ Oui

Cet enfant porte-t-il des lunettes ou des lentilles cornéennes ? ☐ Non ☐ Oui

Nom de l’enfant : Premier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dernier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de Birth\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (MM/JJ/AAAA) Âge de l’enfant \_\_\_\_\_

**For Lions Use Only**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required****Not Referred \_\_\_\_ Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

Cet enfant est-il actuellement sous les soins et le traitement d’un ophtalmologiste? ☐ Non ☐ Oui

Cet enfant porte-t-il des lunettes ou des lentilles cornéennes ? ☐ Non ☐ Oui

Nom de l’enfant : Premier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dernier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de Birth\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (MM/JJ/AAAA) Âge de l’enfant \_\_\_\_\_

**For Lions Use Only**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required****Not Referred \_\_\_\_ Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

Cet enfant est-il actuellement sous les soins et le traitement d’un ophtalmologiste? ☐ Non ☐ Oui

Cet enfant porte-t-il des lunettes ou des lentilles cornéennes ? ☐ Non ☐ Oui

Nom de l’enfant : Premier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dernier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de Birth\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (MM/JJ/AAAA) Âge de l’enfant \_\_\_\_\_

**For Lions Use Only**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required****Not Referred \_\_\_\_ Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |