



# WARNING

**CF 2007 - Canadian Armed Forces Visual Examination Record** is categorized as **"CAN PROTECTED B"** information once completed.

In accordance with the National Defence Security Orders and Directives (NDSOD), Chapter 6: Security of Information and Standard 6: Security of Information Standards, DND and CAF information must be appropriately protected from unauthorized access, use, disclosure, modification, transmission, disposal or destruction throughout its lifecycle.

When completed, **"CAN PROTECTED B"** forms **MUST NOT BE SAVED UNENCRYPTED** on any network, workstation drive or storage media, and **MUST BE ENCRYPTED USING THE DND ISSUED PKI SMARTCARD**.

Failure to respect these requirements is a security incident that must be reported to the local ISSO, and may result in administrative or disciplinary measures.

# AVIS

Le **CF 2007 - Forces armées canadiennes examen visuel** est classé dans la catégorie des renseignements « **CAN PROTÉGÉ B** » une fois rempli.

Conformément aux Ordonnances et directives de sécurité de la Défense nationale (ODSDN), chapitre 6 : Sécurité de l'information et norme 6 : Normes de sécurité de l'information, les renseignements du MDN et du FAC doivent être protégés adéquatement tout au long de leur cycle de vie contre les actes non autorisés d'accès, d'utilisation, de divulgation, de modification, de transmission, d'élimination ou de destruction.

Une fois remplis, les formulaires « **CAN PROTÉGÉ B** » **NE DOIVENT PAS ÊTRE SAUVEGARDÉS SANS ÊTRE CHIFFRÉS** sur quelque réseau, lecteur de poste de travail ou support de données que ce soit et **DOIVENT ÊTRE CHIFFRÉS À L'AIDE DE LA CARTE À PUCE DE L'ICP DU MDN**.

Le non-respect de cette exigence constitue un incident de sécurité qui doit être signalé à l'OSSI local et peut donner lieu à des mesures administratives ou disciplinaires.



## Canadian Armed Forces Visual Examination Record Forces armées canadiennes examen visuel

|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                             |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|----------------------------------|----------|
| Facility providing care - Établissement médical                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                             |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| SN / PRI - NM / CIDP                                                                                                                                                                                                                                                               |  | Surname - Nom                                               |     |                                                                                                              |                 | Given name - Prénom |                                  |          |
| Rank - Grade                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | DOB - DDN (yyaa-mm-dj)                                      |     | Component - Force:<br><input type="checkbox"/> Regular - Régulier <input type="checkbox"/> Reserve - Réserve |                 |                     | MOSID - ID SGPM                  |          |
| Uncorrected vision:<br>Vision sans lunettes :                                                                                                                                                                                                                                      |  | Right:<br>Droit : 6/                                        |     | Left:<br>Gauche : 6/                                                                                         |                 |                     |                                  |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Sphere<br>Sphère                                            | CYL | Axis<br>Axe                                                                                                  | Prism<br>Prisme | Add<br>Ajouter      | Vision Metric<br>Vision métrique | PD<br>DP |
| Present glasses<br>Lunettes portées                                                                                                                                                                                                                                                |  | Right - Droit                                               |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Left - Gauche                                               |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| Manifest refraction<br>Réfraction manifeste                                                                                                                                                                                                                                        |  | Right - Droit                                               |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Left - Gauche                                               |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| Final prescription<br>Prescription finale                                                                                                                                                                                                                                          |  | Right - Droit                                               |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Left - Gauche                                               |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| Muscle balance:<br>Équilibre musculaire :                                                                                                                                                                                                                                          |  | 1 / 3 M<br>6 M (in prism diopter)<br>(dioptrie prismatique) |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| Intraocular pressure:<br>Tension oculaire :                                                                                                                                                                                                                                        |  | Right:<br>Droit :                                           |     | Left:<br>Gauche :                                                                                            |                 | Time:<br>Heure :    |                                  |          |
| <b>Additional tests - Examens complémentaires</b>                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                             |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| <b>**pre-authorization may be required unless included in standard exam fee**</b><br><b>**Une préautorisation peut être requise, sauf si elle est incluse dans les frais d'examen de base**</b>                                                                                    |  |                                                             |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| Pre Authorization not required if clinically indicated (ex. Glaucoma, retinal issues, etc.)<br>Aucune préautorisation requise si cela est cliniquement indiqué (ex. glaucome, problèmes rétiens, etc.)                                                                             |  |                                                             |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| Automated Visual Fields<br>Test automatisé du champ visuel                                                                                                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| OCT<br>TCO                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| Wide field retinal imaging<br>Imagerie rétinienne à grand champ                                                                                                                                                                                                                    |  | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No    |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| <b>Comments:</b> Please comment on any abnormalities and previous laser eye surgery including pre-operative refraction if known.<br><b>Commentaires:</b> Veuillez commenter toute anomalie et chirurgie oculaire au laser précédent, y compris réfraction préopératoire si connue. |  |                                                             |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| <input type="checkbox"/> Ophthalmologist - Ophtalmologiste<br><input type="checkbox"/> Optometrist - Optométriste                                                                                                                                                                  |  | Name - Nom                                                  |     |                                                                                                              |                 |                     |                                  |          |
| Telephone number - Numéro de téléphone                                                                                                                                                                                                                                             |  | Date (yyaa-mm-dj)                                           |     | Signature and stamp - Signature et estampe                                                                   |                 |                     |                                  |          |