



WARNING

DND 4949 - Visual Examination “Divers” 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 **DND 4949 - Examen visuelle “plongeurs”** 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.



Visual Examination "Divers" Examination visuelle "plongeurs"

Facility providing care - Établissement médical						<p>Please note that an accurate reporting of the following items is very important to us in relation to a diver's occupational fitness:</p> <p>a. Uncorrected visual acuity at distance - including each eye separately as well as binocular vision.</p> <p>b. The best corrected vision at distance using spectacles (<i>not contact lenses</i>).</p> <p>c. Uncorrected and corrected near vision at 30-50cm (<i>preferably N, not Jaeger or metreprint sizes</i>).</p> <p>d. Cycloplegic refraction is required for initial medical selection of divers. Manifest refraction may be done on subsequent examinations after selection in lieu of cycloplegic refraction.</p> <p>e. Ocular muscle balance measured in prism diopters using the alternate cover test or Maddox rod at 6m and at 30 - 50cm with the individual wearing the correction required for these distances.</p> <p>f. Dilated funduscopy is required for initial medical selection of divers. On subsequent examinations after selection, dilated funduscopy is only required if clinically indicated. Record the presence of lattice or other peripheral retinal changes.</p> <p>g. Intraocular pressure is required.</p> <p>h. Confrontation visual fields are required.</p> <p>Veillez noter qu'un rapport précis des éléments suivants est très important pour nous en ce qui concerne l'aptitude professionnelle d'un(e) plongeur / plongeuse:</p> <p>a. Acuité visuelle non corrigée à distance - incluant chaque œil séparément ainsi que la vision binoculaire.</p> <p>b. La meilleure vision corrigée de loin avec des lunettes (<i>pas de lentilles cornéennes</i>).</p> <p>c. La vision de près non corrigée et corrigée à 30-50 cm (<i>de préférence N, non Jaeger ou format metreprint</i>).</p> <p>d. Une réfraction cycloplégique est requise pour la sélection médicale initiale des plongeurs. Une réfraction manifeste peut être complétée lors d'examen ultérieurs après sélection à lieu d'une réfraction cycloplégique.</p> <p>e. L'équilibre musculaire oculaire est mesuré en dioptries prismatiques à l'aide du test de l'écran ou tige de Maddox à 6m et à 30-50cm avec l'individu portant la correction requise pour ces distances.</p> <p>f. Une fondoscopie dilatée est requise pour la sélection médicale initiale des plongeurs. Pour les examens subséquents, la fondoscopie dilatée est requise seulement s'il y a une indication clinique. Notez la présence de lattice ou d'autre changements rétinien périphériques.</p> <p>g. Tension oculaire est requise.</p> <p>h. Champ visuel par confrontation sont requis.</p>
Surname - Nom		Given name - Prénom		SN - NM		
DOB - DDN (yyaa-mm-dj)		Component - Force <input type="checkbox"/> REG - RÉG <input type="checkbox"/> RES - RÉS		MOSID - ID SGPM		
Uncorrected vision - Vision sans lunettes						
Right - Droit 6 / _____		Left - Gauche 6 / _____		Binocular - binoculaire 6 / _____		
		Sphere Sphère	CYL	AXIS Axe	Add Ajouter	
Present glasses Lunettes portées	Right - Droit					
	Left - Gauche					
Manifest refraction Réfraction manifeste	Right - Droit					
	Left - Gauche					
Cycloplegic refraction Réfraction cycloplégique	Right - Droit					
	Left - Gauche					
Muscle balance Équilibre musculaire	1/3 M _____		6 M _____		(in prism diopter) (prisme diopter)	
Normal			Abnormal - Anormal			
	External - Externe	1				
	Cornea - Cornée	2				
	ANT chamber - Chambre ANT	3				
	Lens - Cristallin	4				
	Iris	5				
	Pupil - Pupille	6				
	Disc - Papille	7				
	Macule	8				
	Vessels - Vaisseaux	9				
	Retina - Rétine	10				
	Media - Milieux	11				
	Field - Champ	12				
	EOM - Movements oculaires	13				
	Convergence	14				
	Accommodation	15				
Near vision - Vision de près (N)						
				30 - 50 cm		
		Right - Droit				
		Left - Gauche				
		Right - Droit				
		Left - Gauche				
		Right - Droit				
		Left - Gauche				
Intraocular pressure - Tension oculaire						
<p>Comments: Please comment on any abnormalities and previous laser eye surgery including pre-operative refraction if known on page 2.</p> <p>Commentaires : S.v.p. commenter sur tous résultats anormaux et antécédents de chirurgie oculaire au laser incluant la réfraction pré-opérative, si connue, à la page 2.</p>						
<input type="checkbox"/> Ophthalmologist - Ophthalmologiste		Tel. no. - N°de tél.		Date (yyaa-mm-dj)		
<input type="checkbox"/> Optometrist - Optométriste				Signature and stamp - Signature et estampe		

SN - NM	Surname - Nom	Given name - Prénom	DOB - DDN (yyaa-mm-dj)
---------	---------------	---------------------	------------------------

Comments: Please comment on any abnormalities and previous laser eye surgery including pre-operative refraction if known.

Commentaires : S.v.p. commenter sur tous résultats anormaux et antécédents de chirurgie oculaire au laser incluant la réfraction pré-opérative, si connue.

<input type="checkbox"/> Ophthalmologist - Ophthalmologiste <input type="checkbox"/> Optometrist - Optométriste	Tel. no. - N°de tél.	Date (yyaa-mm-dj)	Signature and stamp - Signature et estampe
--	----------------------	-------------------	--