

Information individuelle du CONSULTANT et Recueil de son consentement

Madame, Monsieur,

Lors de votre prise de rendez-vous pour le renouvellement/adaptation de vos corrections optiques dans un délai court, il vous a été proposé un rendez-vous avec un orthoptiste afin de réduire le délai d'attente. Cette proposition s'inscrit dans le cadre d'un protocole de coopération entre professionnels de santé (ophtalmologiste / orthoptiste).

Ces protocoles de coopération comportent à titre dérogatoire des transferts d'actes entre professionnels de santé. Ils sont autorisés par le Code de la santé publique (articles L 4011-1, L 4011-2, L 4011-3) qui a prévu leur évaluation et leur autorisation par les autorités de santé compétentes.

Dans le cas présent, le protocole de coopération comprend la réalisation d'un bilan d'ophtalmologie avec la participation d'un orthoptiste sans prescription préalable et en l'absence de l'ophtalmologiste, suivi de l'envoi dans les 8 jours de l'ordonnance de renouvellement de verres correcteurs faite par l'ophtalmologiste. Ce protocole de coopération a reçu un avis favorable de la Haute Autorité de santé et est autorisé par votre Agence Régionale de Santé.

Les examens réalisés par l'orthoptiste comprendront :

- un interrogatoire pour éliminer les éventuelles contre-indications à l'application du protocole,
- une mesure de la réfraction et de l'acuité visuelle,
- un bilan des déséquilibres oculomoteurs,
- une mesure du tonus oculaire,
- une prise de rétinographies avec un rétinographe non mydriatique (RNM) sans instillation de collyre mydriatique.

Les résultats de ce bilan seront analysés par votre ophtalmologiste. A l'issue de son analyse :

- soit il vous adresse l'ordonnance de renouvellement de verres correcteurs dans les 8 jours suivant la réalisation du bilan ;
- soit le bilan doit être complété et il vous propose un rendez-vous rapidement.

En cas d'interrogation, il est toujours possible de joindre votre ophtalmologiste.

Vous avez la possibilité de refuser la réalisation de ces examens par l'orthoptiste, et de demander une réorientation vers votre ophtalmologiste qui vous proposera une consultation dès que possible. Un refus de votre part ne changera pas vos relations avec votre ophtalmologiste ni avec l'orthoptiste.

Nom et Prénom du patient :

Adresse du patient :

Je soussigné(e)

(Si le patient est mineur, nom et prénom du représentant légal)

Ayant la qualité de :

Patient majeur - représentant légal du patient mineur *(rayer la mention inutile)*

Déclare avoir reçu une information claire sur ce protocole.

J'autorise les orthoptistes participant au protocole relatif *au renouvellement/adaptation des verres correcteurs dans un délai bref* à réaliser le bilan ophtalmologique sans prescription préalable et en l'absence de l'ophtalmologiste.

Je n'autorise pas les orthoptistes participant au protocole relatif *au renouvellement/adaptation des verres correcteurs dans un délai bref* à réaliser le bilan ophtalmologique sans prescription préalable et en l'absence de l'ophtalmologiste.

Nous vous remercions de votre coopération et restons à votre disposition pour toute information que vous souhaiteriez obtenir.

Fait à : Le :

Signature du patient ou du représentant légal :

Nom et qualité de la personne qui a informé le patient :