**PRESCRIPTION ACTES DE RETINOPATHIE EN COULEURS**

**PAR UN ORTHOPTISTE AVEC LECTURE DIFFEREE PAR UN OPHTALMOLOGISTE**

Cachet du médecin prescripteur

Les informations recueillies font l’objet d’un traitement informatique destiné à :

1. permettre la prise en charge coordonnée d’un patient diabétique entre un orthoptiste et un médecin ophtalmologue ;

2. transmettre à l’organisme d’assurance maladie compétent les données nécessaires à l’élaboration des feuilles de soins mentionnées à l’article R. 161-49 du code de la sécurité sociale.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d’un droit d’accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Patricia MARLE – Correspondant Informatique et Libertés – ARS Nord Pas de Calais Picardie – 559 avenue Willy Brandt – 59777 EURALILLE

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Je vous remercie de bien vouloir prendre en charge

Mme, M.       âgé(e) de       ans**1**

pour un dépistage de la rétinopathie diabétique dans le cadre :  du suivi de son diabète ;

d’une surveillance de grossesse.

**Suivi ophtalmologique du patient :**

|  |  |
| --- | --- |
| Rétinopathie diabétique connue :  Oui *(non éligible au dépistage)*   Non | |
| Date de la dernière consultation d’ophtalmologie :       /     /       Non connu | Ophtalmologiste habituel :    Non connu |
| Date du dernier dépistage de la rétinopathie diabétique connu :      /     / | |
| Antécédents visuels connus : | |

**Données cliniques concernant le patient :**

|  |  |
| --- | --- |
| Type de diabète : | Type 1  Type 2  Diabète gestationnel |
| Ancienneté du diabète  (année de découverte) : | Non connu |
| Taux d’hémoglobine glyquée (HbA1c) : | % date      /     / |
| Traitement : | Antidiabétique oral  Insuline  Autre |
| Hypertension artérielle : | Oui  Non  Si oui,  Bien contrôlée  Mal contrôlée  Ne sais pas |
| Néphropathie associée : | Oui  Non  Si oui,  Micro albuminurie  Protéinurie  Insuffisance rénale |

Signature du prescripteur

Fait à

Date de la prescription :      /     /

**1** Sont éligibles à ce dispositif : les patients diabétiques de 10 à 70 ans sans rétinopathie connue.