

**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 ans¹

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 : <input type="checkbox"/> Oui (<i>non éligible au dépistage</i>) <input type="checkbox"/> Non	
Date de la dernière consultation d'ophtalmologie : / / <input type="checkbox"/> Non connu	Ophtalmologiste habituel : <input type="checkbox"/> Non connu
Date du dernier dépistage de la rétinopathie diabétique connu : / /	
Antécédents visuels connus :	

Données cliniques concernant le patient :

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

Fait à

Date de la prescription : / /

Signature du prescripteur

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