FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PATIENT

(à ramener complété et signé le jour du dépistage)

Je soussigné(e)

Certifie avoir reçu les informations nécessaires concernant l'examen du fond de l'œil par rétinographie non mydriatique.

Je suis informé(e) :

- Que cet examen consiste à dépister uniquement une éventuelle atteinte rétinienne liée au diabète
- Qu'il s'agit de faire des clichés photographiques de mon fond d'œil sans dilatation préalable
- Que cet examen est réalisé par un orthoptiste
- Que l'examen est indolore
- Que les résultats ne sont pas immédiats et seront fournis ultérieurement après lecture par un ophtalmologiste à mon médecin traitant
- Que cet examen ne me dispense en aucun cas d'un bilan complet régulier chez un ophtalmologiste.

Fait à

Le/...../.....

Signature :

ORDONNANCE

(à ramener complétée et signée le jour du dépistage)

Dépistage de la rétinopathie diabétique par photographie du fond d'œil à :

Nom Prénom

Sexe Homme Femme

Date de naissance/...../.....

Diabète Type 1 Type 2 Grossesse

Année de découverte

Dernière HbA1c

HTA Oui Non Equilibrée Oui Non

Suivi ophtalmologique Oui Non

Date du dernier examen (mm/aaaa)/.....

Fait à

Le/...../.....

Docteur

N°ADELI :

Signature et cachet :