***S’il s’agit d’un élève, l’infirmière scolaire ou le coordonnateur de santé doit remplir les informations dans cette case.***

**Identifiant de l’élève : Nom de l’élève :   
Date de naissance :** / / **École** : **Classe : Date de l’examen ophtalmologique :** / /

**Heure du rendez-vous** :  **Lieu :**

**Formulaire de consentement de la clinique ophtalmologique OneSight**

Vous ou un enfant dont vous êtes le parent ou le tuteur sera reçu à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Soit : 1. Votre enfant a été envoyé en consultation pour recevoir un examen ophtalmologique gratuit et des lunettes (si nécessaire) en fonction des résultats du dépistage de sa vue, ou

2. Vous souhaitez personnellement recevoir un examen ophtalmologique et des lunettes de manière gratuite (si nécessaire)

**La clinique ophtalmologique de OneSight aura lieu à la date et au lieu indiqués en haut de cette page. Tout élève fréquentant une clinique ophtalmologique OneSight recevra des soins pendant les heures de classe normales.** Les services ophtalmologiques gratuits seront fournis en collaboration avec OneSight, l’une des principales organisations à but non lucratif dispensant des soins ophtalmologiques et qui offre un examen de la vue complet et des lunettes élégantes (si nécessaire).

Veuillez lire attentivement les informations suivantes et, si vous décidez de participer (ou autorisez votre enfant à participer) à la clinique ophtalmologique de OneSight, veuillez remplir et renvoyer le formulaire de consentement ci-joint à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ d’ici le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Notez que si vous/votre enfant participez/participe à la clinique ophtalmologique OneSight, il est prévu que la visite dure environ 3 à 5 heures. Veuillez vous assurer que vous/votre enfant disposez/dispose des médicaments et/ou de la nourriture nécessaires le jour de la visite programmée. Vous/Votre enfant serez/sera constamment supervisé et recevrez/recevra une copie de vos/ses résultats de l’examen ophtalmologique si vous la sollicitez.

Si vous avez des questions concernant les informations fournies dans ce formulaire de consentement, veuillez contacter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Merci !**

***LE SAVIEZ-VOUS ?***

***80 % de ce que les enfants apprennent est traité visuellement, mais un étudiant sur quatre aux États-Unis a un problème de vue non diagnostiqué affectant ainsi sa capacité à voir et à apprendre à l’école. Un examen ophtalmologique et des lunettes (si nécessaire) peuvent permettre aux élèves un meilleur apprentissage grâce à une meilleure vue.***

***\* Veuillez conserver cette page pour vos dossiers afin de vous rappeler de la date, l’heure et le lieu de votre rendez-vous ou celui de votre enfant.***



***FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LES SERVICES DE SOINS OPHTALMOLOGIQUES***

***Le patient/parent/tuteur DOIT remplir toutes les rubriques de ce formulaire et signer le document ci-dessous pour participer à la clinique ophtalmolgique de OneSight***

Je soussigné(e), (et s’il s’agit d’un enfant) parent/tuteur de

***Nom en lettres majuscules (Parent/Tuteur s’il s’agit d’un enfant)******Nom en lettres majuscules de l’élève***

donne mon/l’autorisation à moi-même/à mon enfant pour recevoir un examen ophtalmologique gratuit et des lunettes, si nécessaire, à la clinique ophtalmologique de OneSight, et ce à l’heure, à la date et au lieu indiqués sur la page précédente.

**I. Renonciation à l’examen du fond d’œil**

#### Le Conseil d’État de l’optométrie peut exiger un examen du fond d’œil dans le cadre d’un examen de la vue effectué par un optométriste autorisé. Un examen du fond d’œil est un examen approfondi de la rétine périphérique facilité par l’utilisation de gouttes oculaires de dilatation locale. Cette procédure est utilisée pour diagnostiquer des anomalies de la rétine, telles que des détachements, des larmes, des tumeurs, des infections, des hémorragies et des anomalies génétiques. Les gouttes dilatantes dilateront les pupilles pendant environ quatre heures. Pendant cette période, le patient peut avoir une vision floue et ressentir une sensibilité à la lumière, ce qui peut rendre la lecture difficile.

***OUI***

***NON***

***√—* COCHEZ LA CASE** Je donne l’autorisation à l’optométriste d’effectuer un examen du fond d’œil au cours du processus d’examen à la Clinique OneSight.

**II. Autorisation de prendre des photos**

Dans le cadre de la prestation de services ophtalmologiques de la clinique ophtalmologique OneSight, OneSight pourrait vouloir prendre des photos de ma personne/de mon enfant, réaliser des enregistrements vidéo et/ou audio de ma personne/de mon enfant et/ou partager des déclarations faites ou écrites par ma personne/mon enfant (les « Documents ») à des fins de marketing ou de relations publiques liées à la clinique ophtalmologique de OneSight et à ses partenaires. Je comprends qu’en accordant mon autorisation ci-dessous, je renonce au droit d’approuver la version finale de tout document électronique ou imprimé reproduit. Je reconnais que je n’ai droit à aucune compensation du fait de l’utilisation des Documents. En outre, je dégage OneSight de toute responsabilité découlant de l’utilisation et de la divulgation des Documents.

***OUI***

***NON***

***√—* COCHEZ LA CASE**Je donne mon autorisation à OneSight pour utiliser, publier, divulguer et reproduire les documents, sans restriction quant à la manière, la fréquence ou la durée d’utilisation et j’accepte que ma décision n’empêche ni moi ni mon enfant de recevoir un examen ophtalmologique ou des lunettes à la clinique ophtalmologique OneSight. Je me réserve le droit de retirer à tout moment mon autorisation en notifiant OneSight par écrit à l’adresse suivante : OneSight, À l’attention de : Directeur financier, 4000 Luxottica Place, Mason, OH 45 040.

**III. Confidentialité et rapport d’incidences**

#### En signant ce document en tant que parent ou tuteur légal d’un enfant, je comprends que OneSight devra accéder au dossier médical confidentiel de ce dernier (disponible auprès de l’école ou du district) afin de dispenser des soins ophtalmologiques Je comprends que OneSight maintient à tout moment la confidentialité des informations qu’elle reçoit et accepte de ne jamais divulguer mes informations confidentielles ou celles de mon enfant à un tiers ou à une agence gouvernementale à quelque fin que ce soit sans mon consentement ou comme requis par la loi. Je comprends également que OneSight recueille les données de dépistage visuel et d’examen oculaire de tous les patients vus à la clinique. Je comprends que les données utilisées par OneSight n’identifieront ni moi ni mon enfant, et que OneSight effectue des analyses de données afin que l’organisation puisse diffuser des rapports d’impact général sur les progrès de la vision des patients/élèves après avoir participé à la clinique ophtalmologique OneSight.

**IV. Dégagement de responsabilité**

#### En échange de services ophtalmologiques gratuits fournis à moi ou à mon enfant à la clinique ophtalmologique de OneSight, je dégage et décharge OneSight de toutes les réclamations, demandes et responsabilités découlant des services fournis à la clinique ophtalmologique OneSight ou de toute utilisation ici accordée, les officiers, directeurs, employés, agents, affiliés et/ou concessionnaires des organisations et individus suivants : Le personnel de l’école ou du district ; l’optométriste (ou les optométristes) indépendant qui effectue l’examen ophtalmologique ; tout organisme de co-parrainage et OneSight.

# SIGNEZ ICI

***SIGNATURE DU PATIENT/PARENT/TUTEUR DATE***



**IMPORTANT ! VEUILLEZ REMPLIR**

***Vous/ HISTORIQUE DE SANTÉ DE L’ENFANT***

**Historique de santé et des informations du patient**

*Afin de faciliter l’examen ophtalmologique, le patient, parent ou tuteur doit remplir ce bref historique de santé pour recevoir des soins ophtalmologiques :*

## Est-ce que vous/votre enfant ou un membre de votre famille immédiate (parents, grands-parents, frères et sœurs) avez/a l’une des maladies suivantes :

Diabète : Oui, qui d’entre eux : Non

Glaucome : Oui, qui d’entre eux : Non

Hypertension : Oui, qui d’entre eux : Non

Est-ce que vous/votre enfant avez/a des allergies connues ? Oui, veuillez les énumérer : Non

Est-ce que vous/votre enfant prenez/prend actuellement Oui, veuillez les énumérer : Non  
des médicaments ?

Est-ce que vous/votre enfant portez/porte actuellement Oui Non  
des lunettes ?

Est-ce que vous/votre enfant avez/a déjà porté des lunettes ? Oui Non

#### À quand remonte la dernière fois que vous/votre enfant avez/a passé un examen ophtalmologique ?

#### Veuillez énumérer les problèmes ou les symptômes connus de vous/votre enfant en ce qui concerne votre/sa vision et/ou la santé oculaire :

#### Veuillez énumérer les opérations récentes ou majeures que vous/votre enfant avez/a subies :

