

ATTESTATION RELATIVE  
À L'EXERCICE DES PRESTATIONS TECHNIQUES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE-  
OPTOMÉTRISTE - MODÈLE 1

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS**

- ⇒ *À renvoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*  
⇒ *Un formulaire par médecin spécialiste en ophtalmologie, merci !*

Je soussigné·e, Docteur \_\_\_\_\_, déclare que  
Monsieur/Madame \_\_\_\_\_,  
a été chargé·e de réaliser, une ou plusieurs des prestations techniques (à cocher) ci-dessous telles que fixées dans  
l'arrêté royal du 22 avril 2019 relatif à la profession d'orthoptiste-optométriste durant la période du  
\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Liste des prestations techniques pouvant être accomplies par un orthoptiste-optométriste qui requièrent une prescription médicale détaillée établie par un médecin spécialiste en ophtalmologie, si elles sont exécutées chez des personnes de moins 16 ans :**

- observation, examen et analyse de ce qui suit :
  - positionnement anormal de la tête ;
  - position des yeux ;
  - motilité oculaire ;
  - état sensori-moteur de la vision binoculaire ;
  - accommodation et possibilités de convergence, rapport entre la convergence accommodative et l'accommodation ;
  - anisocornie.
- dépistage, examen et analyse des anomalies de la vision des couleurs, de l'adaptation à l'obscurité, de la sensibilité aux contrastes et à la lumière ;
- détermination de l'acuité visuelle ;
- évaluation de la réfraction à l'aide de méthodes objectives sans cycloplégie ;
- mesure de la tension oculaire sans administration d'un anesthésique ;
- adaptations de lentilles de contact à l'exception de celles spécifiques au traitement d'affections oculaires.

- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les prestations techniques de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.**

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du médecin spécialiste en  
ophtalmologie : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

ATTESTATION RELATIVE  
À L'EXERCICE DES PRESTATIONS TECHNIQUES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE-  
OPTOMÉTRISTE - MODÈLE 1

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS**

- ⇒ *À envoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*  
⇒ *Un formulaire par prescripteur, merci !*

Je soussigné·e, Docteur \_\_\_\_\_, déclare que  
Monsieur/Madame \_\_\_\_\_,  
a été chargé·e de réaliser, une ou plusieurs des prestations techniques (à cocher) ci-dessous telles que fixées dans  
l'arrêté royal du 22 avril 2019 relatif à la profession d'orthoptiste-optométriste durant la période du  
\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Liste des prestations techniques qui requièrent une prescription médicale détaillée d'un médecin spécialiste en ophtalmologie :**

- examens :
  - examen et analyse de ce qui suit :
    - fixation ;
    - réflexe vestibulo- et cervico-oculaire ;
    - dépistage, examen et analyse du nystagmus spontané et induit ;
    - réalisation d'examens techniques dans le cadre de la pose de diagnostic d'affections oculaires par le médecin ;
    - détermination de la puissance optimale du prisme et des aides optimales de basse vision ;
    - évaluation de la réfraction à l'aide de méthodes objectives avec cycloplégie ;
- traitements :
  - tout exercice visant à optimiser les fonctions binoculaires et la motilité oculaire ;
  - traitement de l'amblyopie ;
  - adaptation de verres prismatiques ;
  - apprentissage de la meilleure utilisation possible des fonctions visuelles résiduelles des patients à basse vision et des patients présentant des troubles neurophysiologiques ;
  - adaptation et apprentissage de l'utilisation des aides de basse vision ;
  - exercices visant à traiter les dysfonctions oculo-vestibulaires, l'hyperdépendance visuelle et à améliorer l'intégration oculo-vestibulaire neurosensorielle
  - administration de collyre.

Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les prestations techniques de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du médecin spécialiste en  
ophtalmologie :

\_\_\_\_\_

Nom et prénom du demandeur :

\_\_\_\_\_

Signature :

Signature :

ATTESTATION RELATIVE  
À L'EXERCICE D'ACTES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE - OPTOMÉTRISTE -  
MODÈLE 1

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS**

- ⇒ *À envoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*  
⇒ *Un formulaire par médecin spécialiste en ophtalmologie, merci !*

Je soussigné·e, Docteur \_\_\_\_\_, déclare que  
Monsieur/Madame \_\_\_\_\_, a été chargé·e de  
réaliser, a été chargé·e de réaliser, un ou plusieurs des actes (à cocher) ci-dessous telles que fixées dans l'arrêté royal  
du 22 avril 2019 relatif à la profession d'orthoptiste-optométriste durant la période du  
\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Liste des actes dont un médecin spécialiste en ophtalmologie peut charger un orthoptiste-optométriste :**

- examens avec contact et non-contact du système visuel ;
- assistance et instrumentation lors d'opérations ophtalmologiques ;
- adaptation de lentilles de contact spécifiques au traitement d'affections oculaires.

**Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les actes de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.**

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du médecin spécialiste en  
ophtalmologie :  
\_\_\_\_\_

Nom et prénom du demandeur :  
\_\_\_\_\_

Signature :

Signature :

ATTESTATION RELATIVE  
À L'EXERCICE DES PRESTATIONS TECHNIQUES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE-  
OPTOMÉTRISTE - MODÈLE 2

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT AGRÉÉ OU SUBVENTIONNÉ PAR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ET QUI PROPOSE LA FORMATION VISÉE À L'ARTICLE 3 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 27 FÉVRIER 2019 DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS**

⇒ *À renvoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*

Je soussigné·e, Monsieur/Madame, \_\_\_\_\_  
responsable de l'établissement d'enseignement \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (nom de l'établissement) atteste de  
l'expérience et de l'aptitude pour exécuter les prestations techniques relevant de la profession d' orthoptiste-  
optométriste de Monsieur/Madame \_\_\_\_\_, durant la période du  
\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Cette capacité à effectuer ces prestations a été démontrée par Monsieur/Madame \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de la manière suivante :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Adresse de l'établissement  
d'enseignement : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Liste des prestations techniques pouvant être accomplies par un orthoptiste-optométriste qui requièrent une prescription médicale détaillée établie par un médecin spécialiste en ophtalmologie, si elles sont exécutées chez des personnes de moins 16 ans :**

- observation, examen et analyse de ce qui suit :
  - positionnement anormal de la tête ;
  - position des yeux ;
  - motilité oculaire ;
  - état sensori-moteur de la vision binoculaire ;
  - accommodation et possibilités de convergence, rapport entre la convergence accommodative et l'accommodation ;
  - anisocornie.
- dépistage, examen et analyse des anomalies de la vision des couleurs, de l'adaptation à l'obscurité, de la sensibilité aux contrastes et à la lumière ;
- détermination de l'acuité visuelle ;
- évaluation de la réfraction à l'aide de méthodes objectives sans cycloplégie ;
- mesure de la tension oculaire sans administration d'un anesthésique ;
- adaptations de lentilles de contact à l'exception de celles spécifiques au traitement d'affections oculaires.

- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les prestations techniques de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.**

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du responsable de l'établissement  
d'enseignement :

\_\_\_\_\_

Nom et prénom du demandeur :

\_\_\_\_\_

Signature :

Signature :

ATTESTATION RELATIVE  
À L'EXERCICE DES PRESTATIONS TECHNIQUES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE-  
OPTOMÉTRISTE - MODÈLE 2

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT AGRÉÉ OU SUBVENTIONNÉ PAR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ET QUI PROPOSE LA FORMATION VISÉE À L'ARTICLE 3 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 27 FÉVRIER 2019 DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS**

⇒ *À renvoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*

Je soussigné·e, Monsieur/Madame, \_\_\_\_\_  
responsable de l'établissement d'enseignement \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (nom de l'établissement) atteste de  
l'expérience et de l'aptitude pour exécuter les prestations techniques de la profession des orthoptistes-optométristes  
de Monsieur/Madame \_\_\_\_\_, durant la période du  
\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Cette capacité à effectuer ces prestations a été démontrée par Monsieur/Madame \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de la manière suivante :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Adresse de l'établissement  
d'enseignement : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Liste des prestations techniques qui requièrent une prescription médicale détaillée d'un médecin spécialiste en ophtalmologie :**

- examens :
  - examen et analyse de ce qui suit :
    - fixation ;
    - réflexe vestibulo- et cervico-oculaire ;
  - dépistage, examen et analyse du nystagmus spontané et induit ;
  - réalisation d'examens techniques dans le cadre de la pose de diagnostic d'affections oculaires par le médecin ;
  - détermination de la puissance optimale du prisme et des aides optimales de basse vision ;
  - évaluation de la réfraction à l'aide de méthodes objectives avec cycloplégie ;
- traitements :
  - tout exercice visant à optimiser les fonctions binoculaires et la motilité oculaire ;
  - traitement de l'amblyopie ;
  - adaptation de verres prismatiques ;
  - apprentissage de la meilleure utilisation possible des fonctions visuelles résiduelles des patients à basse vision et des patients présentant des troubles neurophysiologiques ;
  - adaptation et apprentissage de l'utilisation des aides de basse vision ;
  - exercices visant à traiter les dysfonctions oculo-vestibulaires, l'hyperdépendance visuelle et à améliorer l'intégration oculo-vestibulaire neurosensorielle
  - administration de collyre.

- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les prestations techniques de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du responsable de l'établissement  
d'enseignement :

\_\_\_\_\_

Nom et prénom du demandeur :

\_\_\_\_\_

Signature :

Signature :



ATTESTATION RELATIVE  
À L'EXERCICE D'ACTES DE LA PROFESSION D'ORTHOPTISTE - OPTOMÉTRISTE -  
MODÈLE 2

**FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR UN ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT AGRÉÉ OU SUBVENTIONNÉ PAR LA COMMUNAUTÉ FRANÇAISE ET QUI PROPOSE LA FORMATION VISÉE À L'ARTICLE 3 DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 27 FÉVRIER 2019 DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE DE DÉROGATION SUR LA BASE DES DROITS ACQUIS**

⇒ *À renvoyer uniquement en cas de demande de dérogation à la nécessité d'un agrément sur la base des droits acquis*

Je soussigné·e, Monsieur/Madame, \_\_\_\_\_  
responsable de l'établissement d'enseignement \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (nom de l'établissement) atteste de  
l'expérience et de l'aptitude pour poser les actes de la profession des orthoptistes-optométristes de  
Monsieur/Madame \_\_\_\_\_, durant la période du  
\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_.

Cette capacité à effectuer ces actes a été démontrée par Monsieur/Madame \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ de la manière suivante :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Adresse de l'établissement  
d'enseignement : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Liste des actes dont un médecin spécialiste en ophtalmologie peut charger un orthoptiste-optométriste :**

- examens avec contact et non-contact du système visuel ;
- assistance et instrumentation lors d'opérations ophtalmologiques ;
- adaptation de lentilles de contact spécifiques au traitement d'affections oculaires.

- Ma signature sur ce formulaire, engage non seulement ma responsabilité mais vise également à authentifier mon attestation sur les compétences actuelles de la personne précitée ainsi qu'à certifier que ces déclarations (nom et date à partir de laquelle les actes de la profession d'orthoptiste-optométriste sont réalisés) sont exactes.**

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du responsable de l'établissement  
d'enseignement : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du demandeur : \_\_\_\_\_

Signature :

Signature :