

Convention entre les ORTHOPTISTES TITULAIRES
VOLONTAIRES du territoire et la CPTS METZ et environs

Je certifie Madame, Monsieur

- Être orthoptiste libéral diplômé d'État n° ADELI :
- Être inscrit à l'ordre des orthoptistes n° :
- Exercer sur le territoire de la CPTS Metz & environs : <https://www.cpts-metz.fr/territoire/>
- M'engage à adhérer à la CPTS Metz et environs :
<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSck0uJQYa80dgyE8gXcs8S8aY9IOU7pemPpLYmAljMtfNbfQ/viewform>
- Avoir pris connaissance du mode d'injection du vaccin Pfizer :
https://www.cpts-metz.fr/wp-content/uploads/2021/07/fiche_a3_-_comirnaty-2-scaled.jpg
- Avoir pris connaissance du mode de rémunération de ma mission selon les directives conventionnelles CPAM : paiement au forfait de 160 euros/ 4h, bordereau à remplir à chaque vacation, validé et transmis par la CPTS Metz mensuellement à la CPAM qui rémunérera directement l'orthoptiste.
- Avoir pris connaissance et respecter les directives organisationnelles mises en place :
 - Arrivée 15 minutes avant la prise de poste pour installation informatique et ECPS et rencontre de l'équipe en poste.
 - Port d'une blouse (à apporter) et du badge CPTS (remis sur place)
 - Aucune seringue préparée ne peut sortir du centre de vaccination
- Avoir pris connaissance des modalités de vaccination, de contre-indications et d'effets indésirables :
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/vaccination-covid-19-professionnels-de-sante>
<https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/effets-indesirables-lies-aux-vaccins-autorises-contre-la-covid-19-ce-qu'il-faut-savoir>
- M'engage à prévenir en cas d'absence au 03 72 51 03 99 ou au 06 09 26 16 11.
Ne pas laisser de message sur les répondeurs.

À....., Le.....

Signature de l'orthoptiste,

Signature de Dr Alain PROCHASSON
Médecin, Président de la CPTS Metz & environs