PROCEDURE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE D'ATTENTE COMMUNE DES ORTHOPHONISTES DE LA REUNION

- 1. Se rendre sur le site : <u>https://www.inzee.care/</u>
- 2. Dans la barre de recherche de la page d'accueil, sélectionner « Orthophoniste »
- 3. Cliquer sur le bouton « Je cherche »



4. La page suivante vous demande de spécifier si vous avez une ordonnance de votre médecin :

Prise de rendez-vous avec un orthophoniste



Si vous n'avez pas de prescription médicale :

Le site vous proposera d'aller sur le site <u>www.allo-ortho.com</u> pour avoir des informations sur le développement du langage et quelques conseils d'orthophoniste Si vous avez une prescription médicale :

- Renseigner la date de l'ordonnance
- Choisir le lieu où vous souhaitez consulter une orthophoniste (proche de votre domicile, de votre lieu de travail ou autre)
- Remplir l'adresse du lieu que vous avez choisi.
- Cliquer sur « Etape suivante »

Prise de rendez-vous avec un orthophoniste

	Afin do	VOUS	pro	Que	stio	nna	ire de prise en charge
	Ann de	vous	s pro	rei To	nplir ous le	le qu s cha	uestionnaire ci-dessous. amps sont obligatoires.
	Avez-	vous	une	pres	cripti	on m	nédicale ?
	۲	Oui		ΟN	on		
	Date	de la	pres	cript	ion		
	0	sept. 💊		✓ 20	2022		0
	L	м	М	J	v	s	D
	5	6	7	1	2	3	4
	12	13	14	15	16	17	18
	19	20	21	22	23	24	25
	26	27	28	29	30		
	Vous : © O Adres Adres Code Code Ville	souh Mor Un a se esse posta	aitez n dor n lieu autre al	: un(e nicile de t lieu	2) ortl	noph	noniste proche de :
Vous pouvez également préciser le nom de l'orthophoniste que vous souhaitez consulter, en cliquant oui et en renseignant son nom de famille.	Souha partic	aitez- ulier Oui	vous ?	s prei	ndre on	rend	ez-vous avec un(e) orthophoniste en
ATTENTION : votre demande ne sera pas envoyée à d'autres orthophonistes tant que l'orthophoniste choisi n'aura pas répondu						Et	tape suivante Retour à l'accueil

5. Cocher les cases correspondantes au motif de consultation chez l'orthophoniste : (minimum 1 ; maximum 3)

Prise de rendez-vous avec un orthophoniste

Sélectionnez ci-dessous le ou les motif(s) de la prise en charge (3 motifs maximum) : Bégaiement Cancer ORL Cognition mathématique Déglutition dysfonctionnelle (liée à l'orthodontie) Difficultés d'alimentation (oralité, fausses routes) Handicap Langage écrit : lecture, orthographe, compréhension écrite Langage oral : articulation, parole, langage, compréhension Pathologie neurodégénérative (Alzheimer, Parkinson, sclérose en plaques, maladie de Charcot...) Pathologie neurologique (accident vasculaire cérébral (AVC), traumatisme crânien, tumeur...) Rééducation vélo-tubo-tympanique Surdité de l'enfant Surdité liée au vieillissement (presbyacousie) Troubles de la voix Troubles du Spectre de l'Autisme Autre

Etape suivante

<u>Annuler ma demande</u>

6. Cliquer sur « Etape suivante »

7. Renseigner vos informations personnelles :

Civilité Madame Nom Prénom Prénom Pour qui prenez-vous ce rendez-vous ? Date de naissance Date de naissance Date de naissance Numéro de téléphone (fixe ou mobile) Lorthephonitate doit pouroit vous jeindre pour la prise en charge Adresse e-mail Luttraft : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser Circlessous (250 caractères maximum) Envoyer ma demande	ann de vous joindre si necessaire.	nelles
Nm Prinom Prinom Pour qui prenez-vous ce rendez-vous ? Date de naissance Image: Statistic de la provide in proche Date de naissance Image: Statistic de la provide in proche Date de naissance Image: Statistic de la provide in precise in the precise in the precise in the precise in a pr	Tous les champs sont obligatoires.	Si vous prenez le RDV pour votre enfant ou proche, veuillez renseigner son nom et
Nm Prénom Pour qui prenez-vous ce rendez-vous ? Pour qui pren	O Madame O Monsieur	prénom, ainsi que SA date de naissance :
Prénom Pour qui prenez-vous ce rendez-vous ? O Pour moi Pour qui prenez-vous ce rendez-vous ? O Pour moi O	Nom	Pour qui prenez-vous ce rendez-vous ?
Prénom Pour qui prenez-vous ce rendez-vous 7 O Pour moi O Pour moi O Pour noi Numéro de téléphone (fixe ou mobile) Untropheniste doit pouvelr vous joindre pour la prise en charge Adresse e-mail Untropheniste doit pouvelr vous joindre pour la prise en charge Recuttatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum)		O Pour moi O Pour un proche
Pour qui prenez-vous ce rendez-vous ? Pour noi Pour noi Petron du proche Date de naissance Prénom du proche Date de naissance du proche Det de tribéphoniste doit pouveit vous joindre pour la prise en charge Adresse e-mail Det obsphoniste doit pouveir vous joindre pour la prise en charge Adresse e-mail Det obsphoniste doit pouveir vous joindre pour la prise en charge Adresse e-mail Det obsphoniste doit pouveir vous joindre pour la prise en charge Adresse obsphoniste doit pouveir vous joindre pour la prise en charge Adresse obsphoniste doit pouveir vous joindre pour la prise en charge Adresse Up obsphoniste doit pouveir vous joindre pour la prise en charge Adresse Up obsphoniste doit pouveir vous joindre pour la prise en charge Adresse Up obsphoniste doit pouveir vous joindre pour la prise en charge <td>Prénom</td> <td>Nom du proche</td>	Prénom	Nom du proche
Pour qui prenez-vous ce rendez-vous ? O Pour moi O Pour moi <t< td=""><td></td><td></td></t<>		
Pour qui prenez-vous ce rendez-vous? O Pour moi Date de naissance Image: I		Prénom du proche
Date de naissance Image: Image	Pour qui prenez-vous ce rendez-vous ? O Pour un proche	▶
Date de naissance I sept. v 2022 v 0 L M M 3 V S D S G 7 8 9 10 11 12 3 4 5 5 6 7 8 9 10 11 19 20 2 2 2 2 3 2 4 2 3 Zez 2 2 3 2 4 2 3 Numéro de téléphone (fixe ou mobile) Lorthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Adresse e-mail Lorthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum) Image: Resource (250 caractères maximum) Image: Resource (250 caractères maximum)	O Pour mor	Date de naissance du proche
sept. 2022 i i <td>Date de naissance</td> <td>• sent v 2022 v •</td>	Date de naissance	• sent v 2022 v •
L M M J V S D 1 2 3 4 D V S D 1 2 3 4 D <td>• sept. • 2022 • •</td> <td></td>	• sept. • 2022 • •	
Image: Solution of the second of the seco	LMMJVSD	
S 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 30 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 30 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 30 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 30 30 30 30 30 27 28 29 30 30 30 30 30 20 <t< td=""><td></td><td>5 6 7 8 9 10 11</td></t<>		5 6 7 8 9 10 11
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 30 Numéro de téléphone (fixe ou mobile) L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Adresse e-mail Adresse e-mail J'atteste être le tuteur légal de la personne de la personne adulte qui n'e pas en capacité de faire cette demande de prise en charge Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum) # Envoyer ma demande #	5 6 7 8 9 10 11	12 13 14 15 16 17 18
19 20 21 22 23 24 25 Numéro de téléphone (fixe ou mobile)	12 13 14 15 16 17 18	19 20 21 22 23 24 25
26 27 28 29 30 Numéro de téléphone (fixe ou mobile) L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Adresse e-mail L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum) Envoyer ma demande	19 20 21 22 23 24 25	26 27 28 29 30
Numéro de téléphone (fixe ou mobile) L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Adresse e-mail L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum)	26 27 28 29 30	Puis cocher la case pour attester que vous é
Numero de telephone (fixe ou mobile)		le tuteur légal ou la personne de confiance
L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Adresse e-mail L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum)	Numero de telephone (fixe ou mobile)	
L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Adresse e-mail L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum) Envoyer ma demande		J'atteste être le tuteur légal de la personne mineure concer ou la personne de confiance de la personne adulte qui n'es
Adresse e-mail L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum) Envoyer ma demande	L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge	pas en capacité de faire cette demande de prise en charge
L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum)	Adresse e-mail	
L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum)		
Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les préciser ci-dessous (250 caractères maximum)	L'orthophoniste doit pouvoir vous joindre pour la prise en charge	
ci-dessous (250 caractères maximum)		er
Envoyer ma demande	Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les précis	
Envoyer ma demande	Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les précis ci-dessous (250 caractères maximum)	
Envoyer ma demande	Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les précis ci-dessous (250 caractères maximum)	
Envoyer ma demande	Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les précis ci-dessous (250 caractères maximum)	
Envoyer ma demande	Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les précis ci-dessous (250 caractères maximum)	<i>k</i>
	Facultatif : si vous avez des précisions à indiquer, merci de les précis ci-dessous (250 caractères maximum)	*

8. Cliquer sur « Envoyer ma demande »

9. Une page s'ouvre pour vous signifier que votre demande est envoyée.



- 10. A l'adresse mail que vous avez indiquée, vous recevrez un mail pour vous proposer de créer un mot de passe. Vous pourrez ainsi créer un compte Inzee Care pour accéder à l'historique de vos demandes. Il vous suffit de cliquer sur le bouton « Créer un mot de passe »
- 11. Une fois le mot de passe créé, vous accéderez à votre espace en ligne :

Le professionnel de samé à prosimité	Accuel	Mes demandes	Prénom NOM 🖕	Nouvelle demande	
Votre cercle de soin Nouveau professionnet	Vous n'avez encore ajouté personne à votre cercle de soin.				

12. En cliquant en haut, à droite sur « Mes demandes », vous pourrez consulter vos demandes :

) www.inzee. Le professionnel de santé à	proximité							Accueil	Mes demandes	Prénom NOM 🖕	Nouvelle demande	ሳ
	Historia Toutes mes demand Afficher 25 rés Affichage de l à l sur l	ue de es de soins ltats ésultats	mes demande	S				Reche	rcher :	٩		
	↓ N° demande	11	Date demande	ti.	Type de soin	11	Date de soin	†↓	Action			
	N*000000		00/00/0000		orthophonie		00/00/0000		Annuler la der	nande		
	Affichage de 1 à 1 sur 1	ésultats										

ATTENTION !

Tous les 3 mois, il vous faudra reconfirmer votre demande pour rester sur la liste d'attente. Un mail vous sera envoyé à ce moment-là.