

Consentement d'utilisation de photographies médicales

Nom du Patient :

Date:

cocher la case si patient mineur ou si personne dans l'incapacité de donner son accord

Je consens à ce que des photographies médicales soient prises de moi, ou de mon enfant (ou de la personne dont je suis le tuteur légal) par ou un représentant.

Je comprends que les renseignements peuvent être utilisés dans mon dossier médical, à des fins d'enseignement de la médecine ou de publication dans des manuels ou des revues médicales. En consentant à ces photographies médicales, je comprends que je ne recevrai aucun paiement d'aucune partie. Bien que ces photographies soient utilisées sans informations d'identification telles que mon nom, je comprends qu'il est possible que quelqu'un puisse me reconnaître. Le refus de consentir aux photographies n'affectera en rien les soins médicaux que je recevrai.

J'autorise l'utilisation des photographies :

OUI / NON Dans la cadre de la rédaction d'une thèse ou d'un mémoire d'étudiant

OUI / NON A des fins d'enseignement médical

OUI / NON Pour une publication publique dans des manuels ou journaux médicaux

En signant le formulaire ci-dessous, je confirme que ce formulaire de consentement m'a été expliqué dans des termes que je comprends.

Je déclare que je suis le parent/tuteur de

.....

(Nom du patient)

.....

(Nom Prénom)

.....

(Nom Prénom)

.....

(Date)

.....

(Date)

(Signature)

(Signature)

