Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre prise en charge dans le service de_____, des photographies médicales et/ou enregistrements vidéo et audio de vous-même peuvent être réalisées, pour être utilisées dans trois cas spécifiques : le suivi de votre pathologie (celles-ci font partie du dossier médical du patient). Elles complètent la description clinique écrite dans le dossier. Elles sont indispensables pour avoir un diagnostic initial et évolutif); l'enseignement universitaire/la formation institutionnelle des personnels ; l'illustration de publications scientifiques. L'utilisation de ces documents (fixation sur support, diffusion, reproduction, cession à titre gratuit) ne peuvent être effectuées qu'avec votre accord écrit.

La prise de photographies, enregistrements audio et vidéo à visée médicale et leur utilisation ne donnera lieu à aucune rétribution financière. Vos données personnelles (nom, prénom, numéro de sécurité sociale, …) ne seront pas mentionnées, et les images seront systématiquement anonymisées (caches sur les yeux, …) dans le cadre d'une utilisation à visée d'enseignement/formation et/ou de publication dans une revue scientifique. Toutefois, il est possible que vous soyez reconnus, notamment s'il s'agit de photographies de votre visage.

Les photographies ainsi que les enregistrements audio et vidéo illustrant des publications scientifiques et/ou des présentations destinées à l'enseignement pourront être intégrés à des travaux diffusés à l'international, sur tout support connu ou inconnu à ce jour, papier et numérique, y compris sur des sites web. Vos photographies ainsi que les enregistrements audio et vidéo ne pourront pas être utilisés à des fins commerciales. Votre décision n'aura aucun effet sur votre prise en charge médicale, notamment sur les conditions dans lesquelles vous sont et vous seront apportés les soins.

Merci de nous indiquer votre décision en complétant et signant ce document qui sera joint à votre dossier médical

Je soussigné :

Le Patient :

□ Mme □ Mlle □ M
NOM de famille : _____
Prénom : _____
Né(e) le : _____,
à (lieu de naissance) _____

OU

Le représentant légal (si mineur ou majeur sous tutelle) :

□ Mme □ Mlle □ M
NOM de famille : _____
Prénom : _____
Né(e) le : _____
à (lieu de naissance) _____

Déclare avoir été informé et avoir compris le but et les modalités de ce recueil de photographies, enregistrements audio et vidéo qui m'ont été expliqués par le Dr _____. Je suis libre de refuser l'utilisation de ce recueil dans les cas prévus ci-dessus. Ma décision n'aura aucun effet sur ma prise en charge médicale, notamment sur les conditions dans lesquelles me sont et me seront apportés les soins.

Cocher la case correspondant à votre choix:

☐ **Je donne mon consentement à l'utilisation sur tout support (numérique et papier) de mes photographies, enregistrements audio et vidéo anonymisés, dans le respect de la réglementation, pour le suivi de ma pathologie, dans un but d'enseignement/ de formation institutionnelle des personnels ou bien pour illustrer une publication scientifique ;**

☐ **Je refuse l'utilisation de mes photographies, enregistrements audio et vidéo, même anonymisés, sous quelque forme que ce soit.**

Je suis libre de revenir sur toute ou une partie de ma décision à tout moment en contactant le service de _____ du CHU de Caen. Cette décision n'aura pas d'effet retro-actif.

Date :

Signature du patient | Signature du représentant légal (le cas échéant) | Signature du médecin

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.