

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Utilisation d'images médicales à des fins pédagogiques

IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom du médecin :

Établissement :

Spécialité :

OBJET DU CONSENTEMENT

Je soussigné(e), déclare avoir été informé(e) que des photographies médicales prises lors de ma prise en charge pourront être utilisées aux fins suivantes :

- Publication sur la plateforme SurgeryOne, destinée aux professionnels de santé
- Formation et enseignement médical
- Illustration de techniques chirurgicales

GARANTIES D'ANONYMISATION

Je suis informé(e) que :

- Mon identité ne sera JAMAIS associée aux images publiées
- Toute donnée permettant mon identification sera supprimée ou masquée
- Les images seront traitées pour empêcher toute identification
- Aucune information personnelle ne sera transmise à des tiers

DROITS DU PATIENT

Conformément au RGPD et à la législation française :

- Je peux retirer mon consentement à tout moment, sans conséquence sur ma prise en charge
- Je dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de mes données

EXPRESSION DU CONSENTEMENT

Après avoir lu et compris les informations ci-dessus, j'accepte librement et de manière éclairée que mes images médicales soient utilisées dans les conditions décrites.

OUI, je consens à l'utilisation de mes images

NON, je refuse l'utilisation de mes images

SIGNATURES

PATIENT

Fait à :

Le :

Signature précédée de « Lu et approuvé » :

MÉDECIN

Fait à :

Le :

Signature et cachet :