



Etiquette patient-e

Je suis :

- ☐ Un patient
☐ Représentant légal du patient
(parent, proche)

Formulaire de consentement Prise de vue – son – photographie – imagerie médicale

Chère/Cher patient, cher parent / représentant légal du patient,

Au cours des soins, des prises de vues/sons comme des photos, des vidéos, ou des images prises par imagerie médicale (p.ex. radiographies, échographies, IRM, images microscopiques) peuvent être effectuées. Elles font partie du dossier médical.

Ces prises de vues/de sons peuvent également présenter un intérêt spécifique (illustration d'une pathologie typique ou rare, par exemple) **pour la formation des professionnels de la santé**, spécialement des médecins en cours d'études ou de spécialisation, **ainsi que pour la recherche**. L'enseignement peut être mis en ligne à l'usage exclusif des professionnels en formation (e-learning).

Nous vous demandons par cette voie votre accord pour pouvoir prendre et utiliser ces images pour l'enseignement pré- et postgradué y inclus l'enseignement e-learning et la recherche.

Nom de la personne responsable des prises de vues/sons :

Sujet :

J'accepte que les prises de vues/de sons et les images prises par imagerie médicale :

- ☐ Soient utilisées dans le cadre **de l'enseignement** y inclus en ligne (e-learning) et de **la recherche**.
Le patient n'est reconnaissable sur aucune des images de la série et son identité est codée ou anonymisée. Les données entrées dans les commentaires ne doivent pas permettre d'identifier le patient.
- ☐ Soient utilisées dans le cadre **de l'enseignement** y inclus en ligne (e-learning). **J'accepte que le visage soit inclus dans la prise de vue (patient reconnaissable) pour autant que son visage soit flouté et que son identité soit codée.** Les données entrées dans les commentaires ne doivent pas permettre d'identifier le patient.
- ☐ Soient uniquement stockées dans le dossier patient pour le suivi clinique.

Je confirme par ailleurs :

- ☐ que j'ai été informé(e) sur les objectifs des prises de vues/sons
☐ que j'ai pu poser toutes les questions nécessaires

Cet accord peut être résilié en tout temps sans aucune conséquence sur la qualité des soins.

Signature du patient-e :

(et/ ou de son représentant légal)

Nom du représentant légal :

DATE : Lausanne, le :

