

Fiche de consentement éclairé pour l'utilisation des photographies en dermatologie

J'ai été informé(e) par mon médecin que les photographies prises à l'occasion des soins ou d'une consultation font partie intégrante de mon dossier médical et sont nécessaires pour le diagnostic et le suivi des pathologies. L'usage de ces photographies est à ce titre couvert par le secret médical.

Toutefois, si le médecin souhaite utiliser ces photographies dans un but et un cadre strictement scientifique, c'est à dire pour l'enseignement, la recherche, la progression du savoir médical (communication au cours d'un congrès, publication dans un journal médical ou [sur tout support y compris internet](#)), il s'engage à utiliser tous les moyens techniques à sa disposition pour rendre anonyme ces photographies.

Si après avoir mis en œuvre tous les moyens techniques à sa disposition, il ne parvient pas à rendre ces photographies parfaitement anonymes (photographie d'un visage par exemple) il ne peut, sans mon accord préalable, publier une photographie sur laquelle je serai reconnaissable. Dans ce cas,

j'autorise

je n'autorise pas

le médecin à les utiliser.

Identification du médecin

Nom :

Prénom :

Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date :

Signature (du patient ou de son représentant légal*) précédée de, la mention « lu et approuvé » :

* parent pour un mineur ou tuteur pour un patient sous tutelle