

## CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PHOTOGRAPHIES

Madame, Monsieur,

Votre médecin souhaiterait faire des photographies de votre maladie. Ces photographies sont le prolongement normal de la consultation et de l'hospitalisation. Elles sont confidentielles et ne seront consultables que par un médecin de l'hôpital, au même titre que toutes les informations qui figurent dans votre dossier médical.

Les photographies participent à juger de l'évolution de votre maladie, donc de l'efficacité des traitements, en comparant les clichés pris à différentes périodes. Elles permettent aussi à votre médecin de demander un avis complémentaire à ses collègues dans les cas les plus difficiles.

Les photographies peuvent parfois être utilisées pour l'enseignement d'autres médecins à travers des publications scientifiques dans des journaux médicaux, des congrès scientifiques et des cours. Si ces publications devaient reproduire des photos de votre visage, nous vous garantissons à cacher les traits distinguables, à assurer votre anonymat et à vous contacter afin d'obtenir de votre part une autorisation spécifique.

Vous pouvez bien sûr refuser toute photographie, ou demander à ce que certaines parties du corps ne soient pas photographiées : faites le savoir directement à votre médecin.

Votre médecin vous remercie de votre compréhension et reste à votre entière disposition pour toute information complémentaire.

### CONSENTEMENT SIGNE PAR UN PATIENT MAJEUR

Je soussigné(e), Nom....., Prénom ..... né(e) le .....  
.....consent et autorise le Dr/Pr ..... à faire  
des photographies de ma maladie dans les conditions décrites ci-dessus.

A Paris, le .....

Signature du patient :

Signature du médecin :

### CONSENTEMENT SIGNE DU TUTEUR LEGAL POUR UN PATIENT

Je soussigné, Nom....., Prénom .....,  
représentant(e) légal(e) du patient, Nom....., Prénom  
....., consent et autorise le Dr/Pr ..... à faire des  
photographies de sa maladie dans les conditions décrites ci-dessus, en ma présence ou en  
présence du médecin.

A Paris, le .....

Signature du tuteur :

Signature du médecin :