

Consentement à l'utilisation à des fins éducatives d'enregistrements sonores et d'images pouvant contenir des informations d'identification

Je, soussigné(e) _____ autorise mon médecin ou la personne désignée _____
Nom du (de la) patient(e) médecin ou personne désignée
à utiliser des images et des enregistrements sonores de moi pris au cours de mes soins, à des fins éducatives, pouvant inclure des présentations ou des publications dans des manuels, des revues et des formats électroniques.

Je comprends que le fait de ne pas autoriser ou de retirer mon autorisation au partage d'images et d'enregistrements sonores n'affectera en rien les soins médicaux que je recevrai. Si j'ai des questions ou si je souhaite retirer mon autorisation à l'avenir, je peux contacter mon prestataire.

Je comprends que je peux retirer cette autorisation à tout moment et qu'elle s'appliquera à l'avenir; elle ne s'appliquera pas aux images et aux enregistrements sonores qui ont déjà été partagés.

Je comprends que ces images et ces enregistrements sonores peuvent être vus ou entendus par le grand public ainsi que par les scientifiques et les chercheurs médicaux qui utilisent régulièrement ces publications dans le cadre de leur formation.

Je comprends que ces images et enregistrements sonores peuvent contenir des informations permettant de m'identifier et qu'il est possible que quelqu'un me reconnaisse.

Je comprends que je ne recevrai aucune rémunération venant d'une quelconque partie pour l'utilisation de mes images et de mes enregistrements sonores.

Le présent formulaire de consentement s'applique à toutes les images et à tous les enregistrements sonores, sauf indication contraire.

- Pris à la date du : _____
- De cette partie de mon corps : _____
- À utiliser par le(s) prestataire(s) suivant(s) : _____
- Autre : _____

En signant le présent formulaire, je confirme que son contenu m'a été entièrement expliqué et que j'ai eu la possibilité d'obtenir des réponses à mes questions.

Le (la) patient(e)* ou le (la) représentant(e) légalement autorisé(e)**

Nom en toutes lettres	Signature	Date	Heure	Lien
Témoin de la signature				Signature du (de la) patient(e) confirmée par un témoin (Cocher la case le cas échéant)
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Langue choisie Nom ou numéro de l'interprète

Nom en toutes lettres et/ou numéro	Signature (si présent(e))	Date	Heure	
				Le (La) patient(e) a refusé un interprète (Cocher la case le cas échéant)
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Consentement par téléphone/vidéo (cocher la case le cas échéant), la signature du représentant légalement autorisé/ de l'interprète n'est pas requise.**

Nom en toutes lettres	Signature du médecin traitant/prestataire privilégié	Date	Heure
_____	_____	_____	_____

* La signature du/de la patient(e) doit être obtenue, à moins qu'il/elle ait moins de 18 ans ou qu'il/elle soit incompetent(e).

** Tuteur désigné par le tribunal, mandataire en matière de soins de santé ou substitut en vertu de la loi sur les décisions en matière de soins de santé familiaux (Family Health Care Decisions Act).