

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

Le Patient	Le Professionnel de santé
NOM	NOM
PRENOM	PRENOM
Date de Naissance	
Adresse	Adresse professionnelle
Mail	Mail
Téléphone	Téléphone
<p>Dans le cadre de la prise en charge de votre (vos) plaie(s), une (ou plusieurs) photographie (s) peuvent vous être proposée à intervalles réguliers. Ces photographies servent de support visuel à votre professionnel de santé et permettent d'apprécier l'évolution cicatricielle. Elles font partie intégrante de votre dossier de soin infirmier. Lors des prises de vues, le professionnel de santé sera vigilant afin de respecter les règles de confidentialité ainsi que votre anonymat (absence de signes distinctifs)</p>	
Consentement à la prise de photographies	
<p>Je soussigné.....autorise expressément le professionnel de santé à faire usage des photographies dans le cadre du suivi de ma (mes) plaie(s). Ces photographies seront intégrées dans mon dossier de soins infirmiers. A ma demande, le professionnel de santé me donnera une copie de ces photographies. Toute autre utilisation devra faire l'objet d'un nouveau consentement.</p>	
<p><i>Tout litige relatif à son exécution, son interprétation ou sa résiliation sera soumis aux Tribunaux français</i></p>	
FAIT A	LE
Le patient	Le professionnel de santé