

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e)

- Autorise
- N'autorise pas

le personnel du SSIAD de Jarny à faire usage de photographie dans le cadre du suivi de ma prise en soins.

Si je suis dans l'incapacité d'exprimer mon choix, j'autorise ma personne de confiance ou mon représentant légal, M....., à renseigner ce formulaire.

Ces photographies seront intégrées dans mon dossier soins. Elles serviront de support visuel pour permettre d'apprécier et d'évaluer :

- L'état cutané, plaies et lésions diverses,
- Le suivi médical, paramédical et intervenants à domicile (ordonnance, compte-rendu médical, transmissions écrites à domicile),
- L'aménagement du lieu de soins, le matériel médical.

Si elles s'avèrent être utiles au suivi de ma prise en soins, elles pourront être transmises ou consultées par mon médecin traitant ou mon cabinet infirmier.

A ma demande, le personnel soignant pourra me montrer ces photographies.

Lors des prises de vues, le personnel soignant sera vigilant afin de respecter les règles de confidentialité, ainsi que mon anonymat.

Toute autre utilisation devra faire l'objet d'un nouveau consentement.

Je pourrais revenir sur ma décision à tout moment, durant ma prise en charge.

En l'absence de mon consentement libre et éclairé, je serais présumé avoir refusé toute forme de diffusion de mon image.

Tout litige relatif à son exécution, son interprétation ou sa résiliation sera soumis aux Tribunaux français.

Fait à ,

Le ,

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

Signature du représentant légal