

CONSENTEMENT PHOTOGRAPHIQUE

Document à faire signer en 2 exemplaires :
Le premier doit être conservé 15 ans par l'investigateur dans le dossier du patient après signature,
le second doit être remis à la personne dont les données sont recueillies pour la recherche.

NE PAS RENVOYER CETTE FICHE

Titre complet de recherche :

« Facial Mixed dermatosis Concept » - Acronyme : FMC

Cette recherche est sous la responsabilité du Groupe Dermatoses Faciales (DEFI)

Société Française de Dermatologie - Maison de la dermatologie, 10 cité Malesherbes, 75009 Paris

Tél. 01 43 27 01 56 ; courriel : defi-fmc@sfdermato.org

Investigateur coordonnateur : Prof. Marie BEYLOT-BARRY

1

Je soussigné(e) _____

Né(e) le _____

...autorise le Docteur à me photographier ce jour et à utiliser mon image de façon anonyme, et délivre la présente autorisation est délivrée uniquement pour les deux utilisations définies ci-après.

COCHER LES DEUX CASES pour autoriser mon inclusion avec photographies à l'étude :

2

Dans mon intérêt en tant que patient, pour comprendre l'évolution de ma maladie ;
Cette autorisation sera conservée dans mon dossier médical.

3

Dans le cadre de l'étude visant à caractériser les dermatoses faciales mixtes, menée par le groupe DEFI de la SFD, à titre scientifique, pour les publications médicales professionnelles, sans que je sois reconnaissable.

Toute autre exploitation ou utilisation de l'image ou de tout autre attribut de ma personne devront faire l'objet d'une nouvelle autorisation.

4

Fait à _____ le _____ 202

Signature de l'intéressé(e) :