



**Centre de Référence Maladies
Rares de la Peau et des
Muqueuses d'Origine Génétique**
Responsable : Dr Christine CHIAVERINI
Tél 04.92.03.92.11
chiaverini.c@chu-nice.fr



Fiche de consentement éclairé pour l'utilisation des photographies en dermatologie

J'ai été informé(e) par mon médecin que les photographies prises à l'occasion des soins ou d'une consultation font partie intégrante de mon dossier médical et sont nécessaires pour le diagnostic et le suivi des pathologies. L'usage de ces photographies est à ce titre couvert par le secret médical.

Toutefois, si le médecin souhaite utiliser ces photographies dans un but et un cadre strictement scientifique, c'est à dire pour l'enseignement, la recherche, la progression du savoir médical (communication au cours d'un congrès, publication dans un journal médical ou sur tout support y compris internet), il s'engage à utiliser tous les moyens techniques à sa disposition pour rendre anonyme ces photographies

Si après avoir mis en œuvre tous les moyens techniques à sa disposition, il ne parvient pas à rendre ces photographies parfaitement anonymes (photographie d'un visage par exemple) il ne peut, sans mon accord préalable, publier une photographie sur laquelle je serai reconnaissable. Dans ce cas,

j'autorise je n'autorise pas

le médecin à les utiliser.

Identification du médecin

Nom :

Prénom :

Identification du patient

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Date :

Signature (du patient ou de son représentant légal*) précédée de, la mention « lu et approuvé »

* parent pour un mineur ou tuteur pour un patient sous tutelle

A noter

Il est porté à la connaissance de la personne intéressée qu'elle n'est en aucune façon tenue d'accepter d'être photographiée.

Le CHU de Nice ne peut être tenu pour responsable de la diffusion d'informations diffusées ou autorisées par la personne elle-même ou son (ses) représentant(s) légal (légaux).

Vos droits :

Conformément à la Loi Informatique et Libertés modifiée ainsi qu'aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous bénéficiez :

- d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations vous concernant ;
- d'un droit à la portabilité de vos données
- du droit à la limitation d'un traitement vous concernant. Vous pouvez, par exemple limiter les supports (site internet, dépliants CHUN, réseaux sociaux...) sur lesquels les photographies et vidéos peuvent être diffusées.
- du droit, pour motifs légitimes, de vous opposer à ce que vos données fassent l'objet d'un traitement

Tout exercice de ces droits peut s'effectuer sur simple demande en vous adressant au Délégué à la Protection des Données du CHU de Nice, Hôpital de Cimiez, 4 avenue de la Reine Victoria, 06000 Nice ou par mail à l'adresse suivante : dpo@chu-nice.fr. Un justificatif d'identité sera requis pour toute demande d'exercice de droits. Si vous souhaitez plus d'informations sur la protection des données personnelles et vos droits en la matière, vous pouvez consulter le site de la CNIL : <https://www.cnil.fr/>

1 exemplaire du formulaire est remis au patient ou membre du personnel

1 exemplaire (copie) du formulaire est conservé par le service