



Formulaire de consentement

Autorisation d'utilisation d'images

(photos et vidéos)

Par la signature de ce formulaire, je consens à ce que mes photographies/vidéos soient prises à des fins médicales, scientifiques ou éducatives et soient utilisées à des fins de constitution d'une banque de photographies/vidéos qui seront conservées de façon sécuritaire. Les appareils avec lesquels sont prises les photographies/vidéos appartiennent à l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) et les informations reliées demeurent confidentielles et anonymes.

Ce consentement est valide à partir de la date de sa signature pour une durée de sept (7) ans sans limite de territoire. Je comprends que je ne suis pas obligé(e) de donner ce consentement et que je peux le retirer par écrit en tout ou en partie, et ce, en tout temps. Je renonce à toute redevance ou autres formes de compensation financière pour lesdites photographies/vidéos.

En signant ce document, j'acquiesce à la reproduction et à la diffusion de mon image ou enregistrement sur support imprimé ou électronique y compris internet en respectant mon anonymat. La transmission d'image ou autre enregistrement entre intervenants se fera au moyen d'un réseau sécurisé. La prise de photographies/vidéos ne nécessite pas de soins supplémentaires

Je dégage l'ICM, leurs administrateurs, dirigeants, employés et mandataires de toute responsabilité et renonce à tous les droits de réclamation ou de dommages relativement à la captation et à l'utilisation des photographies et enregistrements vidéos en conformité avec le présent consentement.

Je soussigné(e), _____ et je reconnais avoir lu et compris l'information présentée dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à sa compréhension.

Signature du patient ou représentant légal

Date

Témoin à la signature (Professionnel santé/famille)

Date