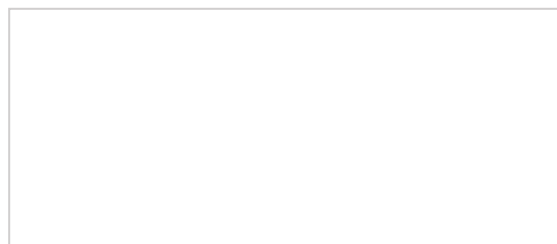


FSEF <small>une institution de référence pour la santé des adolescent-e-s et des jeunes adultes</small>	CONSENTEMENT POUR LA PRISE DE PHOTO POUR LE DOSSIER PATIENT INFORMATISE, SMARTFOOD (Logiciel de gestion des repas)	CDU-FRM
		001
Clinique FSEF Vence		
Liens thématiques HAS :	2.3-01 Les équipes respectent les bonnes pratiques d'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge	Page 1 sur 1



Madame, Monsieur,

Dans le cadre de l'amélioration de la qualité et en lien avec l'Identitovigilance (Identité du patient) nous constituons dès l'admission du patient un dossier patient informatisé sécurisé (DPI) auprès du secrétariat du bureau des admissions.

Chaque patient est photographié à l'aide d'un appareil photographique numérique. Après le transfert de la photo dans le DPI, elle est supprimée immédiatement de la mémoire de l'appareil.

Cette image, protégée et accessible uniquement des personnels prenant en charge les patients, sera conservée pendant la durée de son séjour au sein de notre établissement. Elle ne sera ni communiqué à d'autres personnes, ni vendue, ni utilisée à d'autres usages. En cas de force majeure, elle pourra être communiquée aux autorités compétentes.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques concernant votre enfant est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui est en fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile.

Par conséquent, merci de bien vouloir compléter le formulaire d'autorisation ci-dessous :

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

Né(e) le

Donne mon consentement libre et éclairé à :

- Photographier, sous forme numérique, mon enfant par le professionnel habilité (Secrétaires du bureau des admissions).
- Stocker cette image dans un dossier patient informatisé sécurisé (DPI) et dans le logiciel smartfood (logiciel de gestion de repas) durant le temps de mon séjour.
- Utiliser cette photo dans le cadre de sa prise en charge à des seules fins professionnelles.

Fait à Vence,

Le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature du patient

Si patient mineur : Signature du représentant légal

Mère ☐
Père ☐
Tuteur ☐