

IMPORTANT

Consentement du Patient

Par cette signature, j'accepte le plan de soins infirmiers qui m'est proposé ainsi que la mise en place et l'utilisation par les professionnels de santé et sociaux du présent dossier de soins.

Je reste responsable de la confidentialité des données contenues dans le présent dossier de soins.

Date:

Signature du Patient (ou Personne de confiance)

Au cours de votre prise en charge, une (ou plusieurs) photographie(s) vous sera(ont) peut être proposée(s) à intervalles réguliers.

La photographie des lésions fait partie des informations utiles au diagnostic, elle est également importante pour apprécier l'évolution de la plaie.

La photographie est un plus lors des échanges entre les professionnels de santé évoluant autour de vous.

Lors de la prise de vues, l'équipe médicale et paramédicale sera vigilante sur le respect de la confidentialité et de votre anonymat (absence de signes distinctifs).

Si vous souhaitez plus d'informations, n'hésitez pas à poser vos questions aux soignants.

Consentement à la Prise de Photos

Par cette signature, je donne mon consentement éclairé pour que des prises de vues soient faites autant que de besoin lors de la prise en charge de ma (mes) plaie(s) par l'équipe soignante. Ces Clichés seront intégrés à mon dossier de soins. Toute autre utilisation devra faire l'objet d'un consentement spécifique.

Date :

Signature du Patient (ou Personne de confiance)

"J'ai compris que vous souhaitiez faire une (ou des photographies) de la plaie et l'accepte"