

## FORMULAIRE D'INFORMATION AU PATIENT

**Lisez attentivement cette notice et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles. Vous pourrez alors décider si vous voulez participer à cette intervention en vidéo transmission ou non.**

Monsieur, Madame, Mademoiselle

Le docteur

<b>Nom et prénom</b> ..... <b>Adresse</b> ..... <b>Téléphone</b> .....
--

cardiologue, vous propose de réaliser votre intervention en vidéo transmission.

### 1. Qu'est ce que la vidéo transmission ?

La vidéo transmission en direct consiste à retransmettre par des systèmes de télécommunication, votre ....., ci-après désigné(e) l'intervention, que votre cardiologue vous a proposé(e).

### 2. Pourquoi la vidéo transmission ?

La vidéo transmission en direct a pour but de permettre l'information et la formation de personnels de santé à des procédures techniques cardiologiques. Elle ne peut en aucun cas être le prétexte à aucune forme de publicité, d'exploitation purement commerciale ou d'expérimentation.

### 3. Qui pourra suivre la retransmission de votre intervention ?

Votre intervention sera retransmise en directe lors

- d'un congrès
- d'une séance d'enseignement destinées à des médecins en formations
- d'une séance d'enseignement destinée à des étudiants en médecine
- d'une séance d'enseignement destinée à des professionnels de santé
  
- l'enregistrement de cette intervention pourra faire l'objet d'une utilisation ultérieure à des fins scientifiques (communications à des congrès) ou d'enseignements.

Votre intervention ne pourra être vue que par les personnes inscrites à ce congrès ou à ces formations.

### 4. Comment va se dérouler votre intervention en vidéo transmission ?

Votre intervention en vidéo transmission se déroulera dans le service de  
 .....  
 .....

Dans la salle d'examen, se trouveront les professionnels de santé habituellement présents pour ce type d'intervention, ainsi que le personnel spécifique pour la vidéotransmission. La salle d'intervention sera équipée du matériel habituel, ainsi que de microphones, de hauts parleurs et de caméras afin de permettre la retransmission audio et vidéo.

Pendant l'intervention, il se peut que le ou les individus présents dans la salle de retransmission échangent vocalement en direct avec votre cardiologue. Ceci est tout à fait normal et ne modifiera en aucun cas votre prise en charge. En effet, votre cardiologue agira selon une procédure établie par avance et ne pourra en aucun cas se laisser influencer par les remarques de l'assistance.

Il se peut que votre intervention dure un peu plus longtemps qu'une intervention ordinaire. Ceci est du aux conditions particulières de sa réalisation, ainsi qu'aux précautions qui sont prises.

Les effets prévisibles liés à la réalisation de cette intervention dans cette situation particulière sont :

Bénéfices attendus : .....
.....
.....
.....
.....

Risques potentiels et inconforts : .....
.....
.....
.....
.....

**5. Comment les informations concernant ma santé seront-elles protégées ?**

Pendant la vidéotransmission en direct, votre cardiologue s'assurera de la préservation de votre anonymat, de votre intimité, et du secret professionnel. Le ou les individus qui ne sont pas acteurs de l'intervention s'engageront également à respecter votre vie privée et la confidentialité de vos données. Les données transmises par vidéotransmission seront sécurisées par des mesures interdisant leur accès à des personnes non autorisées.

Après l'intervention, votre cardiologue a pour devoir d'assurer votre confidentialité et la sauvegarde des données vous concernant. Les images de vidéotransmission feront partie intégrante de votre dossier. Elles vous seront accessibles directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix. Par ailleurs, le traitement informatique de vos données sera effectué selon la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Si vous acceptez, vous aurez à tout moment le droit d'accéder aux données vous concernant. Vous aurez également le droit de demander à ce que les données inexacts ou

devenues inexactes soient rectifiées. Vous pourrez à tout moment exercer ces droits auprès du Dr. .... (n° de téléphone).....

Pour toutes les informations de nature médicale, ces droits pourront être exercés directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix.

Plus généralement, la reproduction et la diffusion de votre image ou de votre vidéo devront respecter les principes issus du droit à l'image et du droit à la vie privée. Ce droit permet à quiconque de s'opposer, quelque soit la nature du support utilisé, à la reproduction et à la diffusion de son image sans son autorisation. L'autorisation de la captation ou de la diffusion de l'image d'une personne doit être expresse et suffisamment précise quant aux modalités d'utilisation de cette image.

## **6. Responsabilités**

Le cardiologue pratiquant votre intervention en assume la pleine responsabilité ainsi que celle des conséquences que la vidéotransmission pourrait entraîner sur son déroulement selon les principes de responsabilité en vigueur.

Avant de vous proposer une vidéotransmission en direct de votre intervention, votre cardiologue a obtenu l'accord de la direction de l'établissement de soins ainsi que celui des personnels paramédicaux participant à l'intervention retransmise. Il s'est assuré que l'équipement, l'installation et le personnel paramédical nécessaires permettront la réalisation de l'intervention dans les conditions optimales de sécurité.

Votre intervention sera réalisée selon une procédure parfaitement définie au préalable et conforme aux règles de l'art sur la base des recommandations en vigueur, tant sur l'indication de l'acte que sur sa réalisation technique. Votre cardiologue veillera particulièrement à ce que les contraintes de la retransmission n'altèrent pas le déroulement de l'intervention qui vous a été proposée.

Le matériel utilisé a obtenu les certificats requis des autorités compétentes.

Si le matériel utilisé fait partie d'une étude, vous devez signer les documents d'information et de consentement concernant cette étude et l'accord du comité d'éthique ou du comité de protection des personnes doit être mentionné.

## **7. Quels sont vos droits ?**

Votre participation à cette vidéotransmission est entièrement volontaire. Votre refus de participer n'aura aucune conséquence sur le type et la qualité de votre prise en charge, ainsi que sur les relations avec votre cardiologue.

Si vous acceptez, vous pouvez à tout moment changer d'avis sans conséquences sur votre futur traitement. Votre cardiologue pourra également décider, en fin de compte, de ne pas réaliser votre intervention en vidéotransmission et de la réaliser plus traditionnellement s'il pense que c'est mieux pour vous.

Vous n'aurez aucune charge financière à supporter et ni vous, ni vos représentant légaux ne pourrez percevoir de rémunération ou d'indemnisation du fait de la retransmission. Vous ne pouvez en aucun cas recevoir une somme d'argent pour réaliser votre intervention en vidéotransmission.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**INTERVENTION :.....**

Intervention réalisée à :

Les détails concernant cette intervention en vidéo transmission sont fournis dans la lettre d'information spécifique qui vous a été remise.

Lisez attentivement cette notice et posez toutes les questions qui vous sembleront utiles.

Si vous acceptez de participer à cette intervention en vidéo transmission, veuillez compléter le formulaire ci-dessous.

Nom, prénom et adresse :.....

Je soussigné (e), M..... (nom complet en lettres capitales) déclare avoir compris le but et les modalités de cette intervention en vidéo transmission, qui m'ont été pleinement expliqués par le Docteur .....

J'ai reçu le formulaire d'information spécifique que j'ai eu la possibilité d'étudier avec attention.

On a répondu à toutes mes questions et j'en suis satisfait(e).

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant avant de prendre ma décision.

J'accepte de mon plein gré de participer à cette intervention en vidéo transmission dans les conditions précisées dans le formulaire d'information ci-joint. Je sais que je pourrai, à tout moment, retirer mon consentement sans que cela n'affecte mon traitement ultérieur. J'en informerai alors le Docteur .....

Le fait de ne plus participer à cette intervention en vidéo transmission ne portera pas atteinte à mes relations avec mon médecin et ne remettra pas en cause la qualité des soins ultérieurs.

Toutes les données me concernant, y compris mon dossier médical, resteront confidentielles. J'accepte que les données nécessaires à la vidéo transmission soient recueillies durant ma participation à l'intervention, et fassent l'objet d'un traitement informatisé autorisé par la Commission Nationale Informatique et Liberté. J'ai bien été informé de la finalité du traitement (on m'a expliqué à quoi serviraient ces données) ainsi que des destinataires de ces données.

J'ai bien noté qu'en application de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, je dispose d'un droit d'accès aux données me concernant ainsi qu'un droit de rectification. Je peux exercer ces droits à tout moment auprès du (nom et coordonnées du responsable de l'intervention) : Dr.....

Je donne mon consentement pour participer à la vidéo transmission de mon intervention en toute connaissance de cause et en toute liberté.

Je pourrai à tout moment demander toute information complémentaire au Dr. ....  
N° de téléphone .....

Mon consentement ne décharge en rien le cardiologue et son équipe de l'ensemble de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

A REMPLIR PAR LE PATIENT
Date : ..... Signature du patient (précédé de la mention « lu et approuvé »)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN	
Je soussigné Docteur ..... (nom en lettres capitales) confirme avoir pleinement expliqué au patient le but et les modalités de cette intervention en vidéo-transmission ainsi que ses risques potentiels. Je m'engage à faire respecter les termes de ce formulaire de consentement, conciliant le respect des droits et des libertés individuelles et les exigences déontologiques et légales.	
N° de téléphone du cardiologue : .....	
Signature de l'investigateur :	Date : .....

*Fait en deux exemplaires dont un sera conservé par le médecin, un autre remis au patient*