

---

## INFORMATION D'UNE SEANCE DE VIDEO-RETRANSMISSION

---

à ..... Directeur de l'établissement .....

à ..... Cadre Supérieur de l'unité .....

---

Madame, Monsieur,

Je tiens à vous tenir informé que le ...../...../..... se déroulera une vidéo-retransmission en direct à partir de :

(1).....

dans le cadre de la manifestation

(2).....

par le (les) docteurs

(3).....

Cette vidéo-retransmission se déroulera selon les règles éthiques définies par la Charte établie par la Société Française de Cardiologie (en annexe), et le (les) patient(s) ont été prévenus et ont accepté le principe en signant le consentement.

L'installation du matériel nécessaire à la vidéo-retransmission se déroulera au niveau du site à partir du

(4)...../...../..... à ..... :..... heures .,

et les locaux seront rendus en état d'utilisation normale le

(5)...../...../..... à ..... :..... heures.

La responsabilité technique de la vidéo-transmission est assurée par la société

(6) .....

représentée sur le site interventionnel par Mr/Mme

(7) .....

Date : ...../...../.....

Nom et signature du médecin responsable de l'unité :

.....

- |     |  |
|-----|--|
| (1) | site interventionnel (Bloc, Salle d'échographie, salle de cathétérisme, .....) |
| (2) | Nom de la manifestation  |
| (3) | Nom des praticiens intervenants  |
| (4) | Heure de mise à disposition des locaux   |
| (5) | Heure de libération des locaux   |
| (6) | Nom de la Société  |
| (7) | Nom et N° téléphone du responsable technique de la société                     |

**AVIS DE LA DIRECTION DE L'ETABLISSEMENT :**

Date ...../...../.....

Nom et signature .....

Avis :

Favorable       Défavorable      (préciser les raisons)

**AVIS DU CADRE SUPERIEUR DE L'UNITE:**

Date ...../...../.....

Nom et signature .....

Avis :

Favorable       Défavorable      (préciser les raisons)

A....., le.....

**Le Responsable Médical de l'Unité :**

**Docteur .....**