

Formulaire de consentement

Pour le consentement du/de la patient(e) à la publication d'images et/ou d'informations le/la concernant dans des publications de BMJ.

Nom du/de la patient(e) :

[REDACTED]

Lien avec le/la patient(e) (si le/la patient(e) ne signe pas ce formulaire) :

Description de la photo, de l'image, du texte ou d'autres contenus (**Contenu**) sur le/la patient(e). Une copie du contenu doit être joint à ce formulaire :

Article de journal scientifique

Titre provisoire de l'article dans lequel le contenu sera inclus :

Cobine Schuster; a rare find.

CONSENTEMENT

Je soussigné(e), Mrs APIDIAH ASINPRINDA Dora Thelma [INSCRIRE LE NOM COMPLET EN MAJUSCULES] donne mon consentement pour que le contenu me concernant/concernant le/la patient(e) apparaisse dans une publication de BMJ.

Je confirme : (veuillez cocher les cases pour confirmer)

- ☒ avoir vu la photo, l'image, le texte ou d'autres contenus me concernant/concernant le/la patient(e) ;
- ☒ avoir lu l'article à soumettre à BMJ ;
- ☒ avoir la capacité légale pour donner ce consentement.

Je comprends ce qui suit :

- (1) Le contenu sera publié sans mentionner mon nom/le nom du/de la patient(e), mais je comprends que l'anonymat complet ne peut être garanti. Il est possible que quelqu'un, quelque part, par exemple, quelqu'un qui s'occupe de moi/du/de la patient(e) ou un proche, puisse me reconnaître/reconnaître le/la patient(e).
- (2) Le contenu peut montrer ou inclure des détails de mon état médical/l'état médical du/de la patient(e) ou une blessure et un pronostic, un traitement ou une intervention chirurgicale que je reçois/le/la patient(e) reçoit, que j'ai reçu(e)/le/la patient(e) a reçu(e) ou que je recevrai/le/la patient(e) recevra à l'avenir.
- (3) L'article peut être publié dans un journal qui est distribué dans le monde entier. Les publications de BMJ sont principalement envoyées aux médecins et à d'autres professionnels de la santé mais sont également consultées par beaucoup d'autres personnes, notamment des professeurs d'universités, des étudiants et des journalistes.
- (4) L'article, y compris le contenu, peut faire l'objet d'un communiqué de presse, être accessible à partir d'un lien dans les médias sociaux et/ou utilisé dans d'autres activités promotionnelles. Une fois publié, l'article sera affiché sur un site internet de BMJ et pourra être également disponible sur d'autres sites internet.
- (5) Le texte de l'article sera édité pour le style, la grammaire et la cohérence avant publication.

- (6) Je/Le/la patient(e) ne sera/sera pas rémunéré(e) pour la publication de l'article.
- (7) L'article pourra être également utilisé, en tout ou en partie, dans d'autres publications et produits publiés par BMJ et/ou d'autres éditeurs. Cela inclut des publications en anglais et traduites en langues étrangères, sous format papier, numérique et d'autres formats susceptibles d'être utilisés par BMJ et d'autres éditeurs maintenant ou à l'avenir. L'article peut apparaître dans des éditions locales de journaux ou d'autres publications, publiées au Royaume-Uni ou dans d'autres pays.
- (8) Je peux annuler mon consentement à tout moment avant la publication, mais une fois l'article réservé à la publication (« mis sous presse »), il ne sera plus possible d'annuler le consentement.
- (9) Ce formulaire de consentement sera conservé par BMJ en toute confidentialité dans un endroit sécurisé, conformément à la loi, pendant une durée n'excédant pas celle qui est nécessaire.

Veuillez cocher les cases pour confirmer ce qui suit :

☒ J'autorise BMJ à conserver mes coordonnées (y compris à l'extérieur de l'espace économique européen) dans le seul but de me contacter ultérieurement, si nécessaire.

☒ Lorsque ce consentement fait référence à un article dans *les cas signalés de BMJ (BMJ Case Reports)*, j'ai/le/la patient(e) a eu l'occasion de commenter l'article et je suis satisfait(e) du fait que les commentaires, le cas échéant, ont été pris en compte dans l'article.

Signature : _____

Nom en majuscules : _____

Adresse : _____

E-mail : _____

N° de téléphone : _____

Si vous signez au nom du/de la patient(e), veuillez indiquer le motif pour lequel le/la patient(e) n'a pas pu donner son consentement de lui-même/d'elle-même (par ex., il/elle est décédé(e), âgé(e) de moins de 18 ans ou présente des troubles cognitifs ou intellectuels).

Date : 14/09/2022

☐ *Si vous signez au nom d'une famille ou d'un autre groupe, veuillez cocher la case pour confirmer que tous les membres concernés de la famille ou du groupe ont été informés.*

Si le/la patient(e) est un enfant de 7 ans ou plus, il/elle doit également confirmer son consentement :

Signature : _____

Nom en majuscules : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

Renseignements sur la personne ayant expliqué et administré le formulaire au/à la patient(e) ou à son représentant (par ex. l'auteur correspondant ou une autre personne qui possède l'autorité pour obtenir le consentement).

Signature : _____

Nom en majuscules : _____

Poste : _____

Adresse : _____

Établissement : _____

E-mail : _____

N° de téléphone : _____

Date : 14/09/2022

Formulaire de consentement du/de la patient(e) 031117