

APPENDIX



Consent to Medical Photography/Videography

1. I agree to allow the staff of *NSHA-Central Zone* to photograph or videotape

(Patient's name)

2. I agree that any photo, slides and/or recordings taken will be used only for (indicate what the photos/slides/recordings can be used for):

- () Medical Records () Teaching
() Research () In-house publications
() Reproduction in medical publications

**I CERTIFY THAT I HAVE READ AND FULLY UNDERSTAND THE ABOVE CONSENT, AND THAT ALL
BLANKS OR STATEMENTS REQUIRING INSERTION OR COMPLETION WERE FILLED IN BEFORE I SIGNED.**

Date: _____
(YYYY/MM/DD)

Signed: _____
(Signature of Patient or their Proxy)

(Witness)

If signed by someone other than the patient, please indicate:

Name: _____

Address: _____

Telephone: _____ Relationship to Patient: _____



Consentment à la Prise de Photographies Médicales

1. Je permets au personnel *NSHA-Central Zone* de photographier ou d'enregistrer sur videocassette

(nom du patient ou de la patiente)

2. Je consens à ce que les photographies, diapositives ou enregistrements ainsi réalisés soient utilisés uniquement pour (indiquer les utilisations qui pourront être faites des photographies, diapositives ou enregistrements):

- () Dossiers médicaux () Enseignement
() Recherche () Publications internes
() Reproduction dans des revues ou publications médicales

J'AFFIRME AVOIR LU ET AVOIR BIEN COMPRIS LES CONSTATS CI-DESSUS. J'AI VÉRIFIÉ QUE LES ESPACES EN BLAN ÉTAIENT BEL ET BIEN REMPLIS AVANT DE POSER MA SIGNATURE.

Date: _____
(AAAA/MM/JJ)

Signed: _____
(Signature due patient ou de son représentant)

(Témoin)

Si le formulaire n'est pas signé par le patient, prière d'indiquer:

Nom du signataire: _____

Adresse: _____

Tél: _____ Lien avec le patient: _____