Consentement à la publication d'un cas clinique

Publication anonymisée à visée de formation médicale, sur le site nephro.blog

Ce formulaire recueille votre accord pour publier votre situation médicale, sous forme anonymisée, sur le site nephro.blog, afin de former et d'informer les professionnels de santé. Votre décision est entièrement libre et ne change rien à la qualité de vos soins.

1. Nature et but de la publication

Votre cas (antécédents, résultats d'examens, évolution et traitement) servirait à illustrer une maladie rénale rare, dans un but d'enseignement. L'article s'adresse aux médecins (néphrologues, internistes, médecins généralistes, médecins en formation). Il est rédigé en français et accessible librement en ligne.

2. Anonymisation

Votre identité est protégée avant la publication. Sont retirés ou modifiés :

- votre nom, vos coordonnées et votre date de naissance, remplacée par une tranche d'âge ;
- les dates précises, remplacées par des repères relatifs ;
- les noms des établissements et des médecins ;
- tout détail qui permettrait à une autre personne de vous reconnaître.

> **À savoir**
>
> Comme la maladie est rare, vous pourriez vous reconnaître dans le texte publié, même si ces mesures rendent peu probable votre identification par une autre personne.

3. Vos droits

- Votre accord est libre. Vous pouvez refuser sans donner de raison.
- Vous pouvez le retirer à tout moment, en le signalant à votre néphrologue. Le contenu qui vous concerne est alors retiré de la publication dans la mesure du possible : un contenu déjà diffusé ou archivé par d'autres peut ne plus être entièrement maîtrisable.
- Aucune donnée permettant de vous identifier n'est publiée ni transmise à des tiers.
- Aucune image permettant de vous identifier n'est utilisée.

4. Déclaration de consentement

Je soussigné(e) déclare avoir reçu une information claire sur la nature, le but et les modalités de cette publication. J'ai pu poser mes questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes. J'accepte que ma situation médicale soit publiée sous forme anonymisée, aux conditions décrites ci-dessus.

Nom et prénom :

Date de naissance :

Patient(e)

Lieu et date :

Signature :

Médecin

Lieu et date :

Signature :

> **Retirer votre accord**
>
> Il suffit de le dire ou de l'écrire à votre néphrologue, à tout moment et sans justification. Gardez votre exemplaire de ce formulaire.