

FORMULAIRE D'AUTORISATION

Je comprends que AdviceMedica SARL (ci-après « le Destinataire ») a créé un service d'échange de cas cliniques appelé l'Application AdviceMedica (ci-après « l'Application ») qui est utilisée par des professionnels de santé pour résoudre collectivement des cas cliniques anonymisés au format texte. Mon médecin ou tout autre professionnel de santé (ci-après « l'Utilisateur ») m'a demandé, ce que j'ai accepté, de l'autoriser à :

1. Solliciter les autres Utilisateurs par obtenir des avis d'experts sur mon cas clinique ;
2. Joindre à ses échanges des photographies de mon corps ou d'autres documents nécessaires au diagnostic (telles que des analyses ou prises par scan ou rayons X) (ci-après « le Cas ») ;
3. Supprimer des Cas tout élément identifiant qui pourrait permettre de me reconnaître ; et
4. Transférer les Cas au Destinataire afin qu'ils soient partagés avec les autres Utilisateurs de l'Application, à des fins de sollicitation d'avis et dans le but de promouvoir le partage du savoir médical.

Je comprends que je peux révoquer mon autorisation à tout moment avant ou après que le Cas a été transféré à AdviceMedica. Je comprends que AdviceMedica n'aura qu'un contrôle limité sur le Cas une fois que celui-ci aura été envoyé sur l'application AdviceMedica. Cette révocation ne sera effective que si je la soumetts par écrit à l'Utilisateur.

Je comprends que je ne suis pas obligé(e) de signer cette autorisation et que mon refus de signer n'affectera en aucun cas ma possibilité d'être traité(e) par l'Utilisateur et de bénéficier de services ou autres qu'il pourrait m'apporter.

Je comprends que le Cas est uniquement transféré par l'Utilisateur au Destinataire après que le Cas a été intégralement anonymisé et que le Destinataire n'aura aucun moyen de faire le lien entre mon identité et le Cas. En conséquence, le Cas ne constitue plus des données personnelles et ne sera pas protégé en tant que tel.

Je comprends que le Cas anonymisé pourra, par ailleurs, faire l'objet d'une licence accordée par le Destinataire à des fins de formation des professionnels de santé, de recherche médicale et/ou scientifique, ou de publication dans la littérature médicale (ouvrage ou revue scientifique), sur support papier et/ou numérique, à destination des professionnels de santé partout dans le monde.

Je comprends que je ne percevrai aucune rémunération pour consentir à la capture ou à l'utilisation du Cas.

Signature du Patient ou du représentant légal
du Patient

Nom

Date

Qualité du représentant légal (curateur, tuteur,
parents...)