

CHU de Nantes - Clinique Dermatologique

R

Médecin

demandeur :

Date :

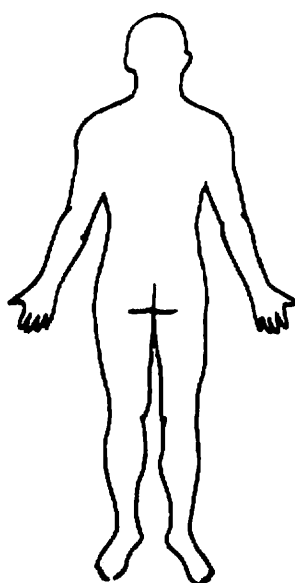
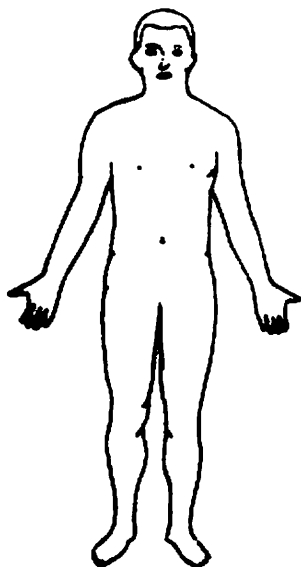
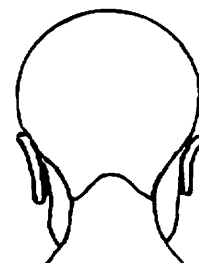
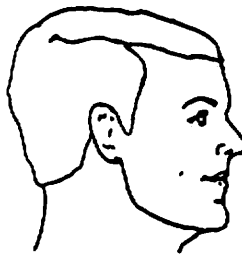
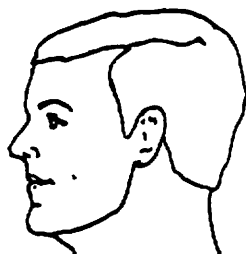
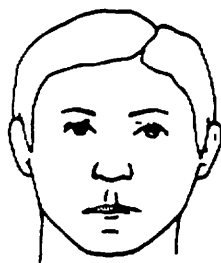
Plan d'ensemble :

Encadrer la zone à photographier

Gros plan :

Mettre une croix sur le détail lésionnel

Etiquette
+ 1 pour la Photologie



NOTE D'INFORMATION

**L'original du bon reste dans le service,
la copie est destinée à la Photologie**

Vous êtes pris(e) en charge par les médecins de la Clinique Dermatologique du CHU de Nantes. Le suivi de votre maladie de peau nécessite des photographies. Nous sollicitons votre autorisation pour la prise de ces clichés et le cas échéant leur exploitation rendue anonyme.

J'autorise le Dr de la Clinique Dermatologique du CHU de Nantes à réaliser des photographies et à les utiliser pour :

- Le suivi médical
- L'enseignement
- La publication dans une revue ou sur un site médical sans possibilité d'identification.

Date :

Signature de l'intéressé(e)
ou ayant droit

Signature du Médecin

Service de PHOTOLOGIE : 1^{er} étage - Aile Ouest
de 8 h 30 à 13 h et de 14 h à 17 h



Photologie
CHU NANTES