

**Consentement du patient à la publication de matériel dans le *JAMC*****Formulaire de consentement du patient**

**Il faut fournir les renseignements suivants pour que ce formulaire puisse être traité avec exactitude.**

N° de dossier :

Titre :

Auteur(s) :

**Les patients ont le droit de refuser de signer ce formulaire de consentement. Leur refus n'aura aucune répercussion sur les soins qu'ils reçoivent.**

Je consens par la présente à ce que le *Journal de l'Association médicale canadienne (JAMC)* publie des images ou d'autres renseignements cliniques portant sur mon cas.

Je comprends que mon nom et mes initiales ne seront pas publiés et que tous les efforts seront faits pour dissimuler mon identité, mais qu'on ne peut me garantir l'anonymat.

Je comprends que le matériel pourra être publié dans le *JAMC*, sur le site web du *JAMC* et dans des produits dérivés du *JAMC*. Je comprends donc que le matériel peut être vu par le grand public.

Je comprends que le matériel peut être inclus dans des ouvrages médicaux publiés par l'Association médicale canadienne.

\_\_\_\_\_  
Nom du patient

\_\_\_\_\_  
Date de naissance du patient

\_\_\_\_\_  
Signature du patient (ou de la personne qui donne le  
consentement au nom du patient)

\_\_\_\_\_  
Date

Si vous n'êtes pas le patient, quel est votre lien avec celui-ci ? (La personne qui accorde le consentement doit être le mandataire ou le tuteur légal du patient, ou doit détenir sa procuration.)

\_\_\_\_\_  
Pourquoi le patient ne peut-il donner son consentement ? (p. ex., le patient est-il mineur, inapte ou décédé ?)

**Si l'on doit publier des images du visage du patient ou de marques distinctives de son corps, il faut signer la section suivante en plus de la première :**

Je permets que des images de mon visage ou de marques distinctives de mon corps soient publiées et je reconnais que je pourrais donc être identifiable même si l'on ne publie pas mon nom et mes initiales.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient (ou de la personne qui donne le  
consentement au nom du patient)

\_\_\_\_\_  
Date

**Consentement facultatif pour publication additionnelle d'images et d'autres renseignements cliniques portant sur mon cas dans des publications qui n'appartiennent pas à l'AMC ou qu'elle ne publie pas.**

Je consens par la présente à ce que des images ou d'autres renseignements cliniques portant sur mon cas qui ont été publiés dans le *JAMC* soient reproduits, en format papier ou numérique, dans d'autres publications, telles qu'un livre électronique en ligne, qui ne sont pas des produits dérivés du *JAMC*, mais à qui l'AMC accordera un permis de publication ou de réutilisation dans d'autres formats, y compris le CD-ROM, la clé USB et le courriel.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient (ou de la personne qui donne le  
consentement au nom du patient)

\_\_\_\_\_  
Date

**Veillez remplir tous les champs obligatoires [numéro de dossier, titre et auteur(s)] avant d'envoyer le formulaire au *Journal de l'Association médicale canadienne*, par télécopieur au 613-565-5471 ou par la poste : Association médicale canadienne, *JAMC*, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8. e-mail : [pubs@cmaj.ca](mailto:pubs@cmaj.ca)**

**Le 2 juillet 2010**