

**Pour le patient**

**DENTISTE (nom et adresse)**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**…………………………………………..**

**AUTORISATION ET DÉCHARGE DU PATIENT**

Je soussigné(e) **....................................................** accepte et autorise mon dentiste (identifié ci-dessus) à communiquer les enregistrements relatifs à mon diagnostic, mes soins et mes traitements (y compris les interventions chirurgicales) à la Foundation for Oral Rehabilitation (« FOR ») afin de les inclure dans sa base de données.

Les enregistrements se présentent sous trois formats principaux (appelés génériquement « enregistre-ments ») :

* **Format écrit**. Une description et une explication écrites de la situation médicale pertinente par rapport à mon traitement dentaire, les traitements administrés, y compris les matériaux utilisés ;
* **Photographies.** Photographies « avant » et « après » de mes dents et portraits complets ou partiels de mon visage montrant mes dents aux étapes avant et après traitement ; et
* **Film vidéo.** Images vidéo en mode interview et/ou documentaire.

J’accepte et autorise également la FOR à :

* utiliser les enregistrements dans les buts que j’ai acceptés ci-dessous (les « Fins convenues ») ; et
* partager les enregistrements avec d’autres personnes et organisations si cela s’avère nécessaire pour répondre à une fin prévue.

**Veuillez cocher la/les case(s) ci-dessous si vous acceptez que vos enregistrements soient utilisés pour cette fin-là.**

**À DES FINS PÉDAGOGIQUES ET DE RECHERCHE (qui ne m’identifieront pas par mon nom),** dont :

* étude de cas (papier ou numérique) pour former la communauté dentaire
* publication (papier ou numérique) sous forme d’étude de cas dans la littérature scientifique et dentaire pertinente
* recherche par la communauté dentaire
* étude de cas (papier ou numérique) pour informer des patients potentiels du processus de traitement

 **À DES FINS DE COMMUNICATION (qui peuvent utiliser mon prénom ou le pseudonyme mentionné ci-dessous) pour faire la promotion de la FOR en tant que ressource de formation pour la communauté dentaire,** dont :

* des sites internet dentaires
* les réseaux sociaux
* des chaînes numériques destinées au monde de la dentisterie
* des magazines dentaires (papier ou numériques)
* du matériel pour des conférences en dentisterie

**J’accepte également que la FOR :**

* retouche ou modifie de quelque manière que ce soit, les photographies, images et vidéos (appelées « images ») contenues dans les enregistrements (dans le respect des pratiques éthiques d’utilisation des images) ; et
* fasse un nombre illimité de copies de ces images et que les copies concernent l’entièreté ou une partie de ces images

**Je comprends que :**

* la FOR conserve les droits de publication de ces images ;
* la FOR traitera mes données personnelles conformément aux politiques de confidentialité, qui peuvent être consultées sur le site [www.for.org/en/privacy-policy](http://www.for.org/en/privacy-policy)
* J’ai le droit d’accéder à, de demander une modification ou un effacement, ou d’obtenir des copies de mes données personnelles, dans le cadre permis par la loi d’application ;
* la FOR utilisera les contrôles techniques et organisationnels appropriés pour conserver les dossiers en toute sécurité;
* en utilisant les enregistrements pour une fin convenue, la FOR peut transférer mes données personnelles en dehors de mon pays de résidence, où les lois concernant la protection des données peuvent différer ;
* pour toute question concernant la manière dont la FOR gère mes données personnelles, je peux contacter privacy@for.org pour obtenir de l’aide ;
* aucun défraiement, honoraire ou autre compensation ne me sera versé en échange de l’utilisation de mes enregistrements et images ; et
* je peux annuler cette autorisation en envoyant un e-mail à privacy@for.org, mais la révocation n’affectera aucune action entreprise avant la date de révocation.

Dans la mesure autorisée par la loi d’application, j’accepte de ne pas poursuivre ni intenter de procédures, plaintes ou demandes contre la FOR ou ses titulaires de licences ou cessionnaires, en ce qui concerne l’utilisation des mes enregistrements ou des images dans le cadre des fins convenues.

J’ai lu attentivement ce formulaire de décharge et comprends totalement sa signification.

|  |
| --- |
| **Signature du patient (ou de son parent ou tuteur)** |
| **Relation au patient (le cas échéant)** |
| **Date** |
| **Pseudonyme** |

**Une copie de cette Autorisation et décharge doit être fournie à la personne qui a signé ce formulaire**.