

CONSENTEMENT OBLIGATOIRE EXAMEN POLYSOMNOGRAPHIQUE



**Surveillance
video
24h/24h**

Dans le cadre de l'examen de polysomnographie réalisé par le Docteur Olivier COSTE ou le Docteur Elodie MARIAUD GALLIAUD, la prise en charge en service du sommeil justifie d'une surveillance médicale, visuelle et continue dans le but de poser un diagnostic ou d'apporter des soins.

Durant cet examen, le patient est filmé et son comportement est observé. Les images et les conversations constituent des enregistrements vidéos et sonores confidentiels à visée uniquement médicale. Les examens se déroulent dans des conditions qui préservent l'intimité de la personne et favorise son bien-être.

Les tracés sont, ensuite, archivés dans le dossier du patient au sein du cabinet médical. Les vidéos sont supprimées lors de la consultation médicale pour la restitution des résultats de l'examen après l'hospitalisation.

Le consentement du patient ou de ses représentants légaux ou de son tuteur est obligatoire.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'effacement et de rectification à ces informations. Si vous souhaitez l'exercer, veuillez adresser votre demande à l'attention du Délégué à la Protection des Données à dpo@bordeauxtondu.fr

PATIENT MAJEUR

☐ Je soussigné (e) autorise d'être filmé (e) pendant la durée de l'examen de polysomnographie.

PATIENT MINEUR

☐ Je soussigné (s), M....., père et Me.....mère autorisent que mon enfant.....soit filmé pendant la durée de l'examen de polysomnographie.

PATIENT SOUS TUTELLE

☐ Je soussigné, M....., tuteur de de M./Me.....autorise qu'il/elle soit filmé (e) pendant la durée de l'examen de polysomnographie.

Floirac, le

Signature patient

Signature représentant légal mère

Signature représentant légal père

Patient sous tutelle. Signature du tuteur