

**CHU de Nantes - Service de** *Néonatalogie*

Médecin

demandeur : *MIGRAINE / ROZÉ*

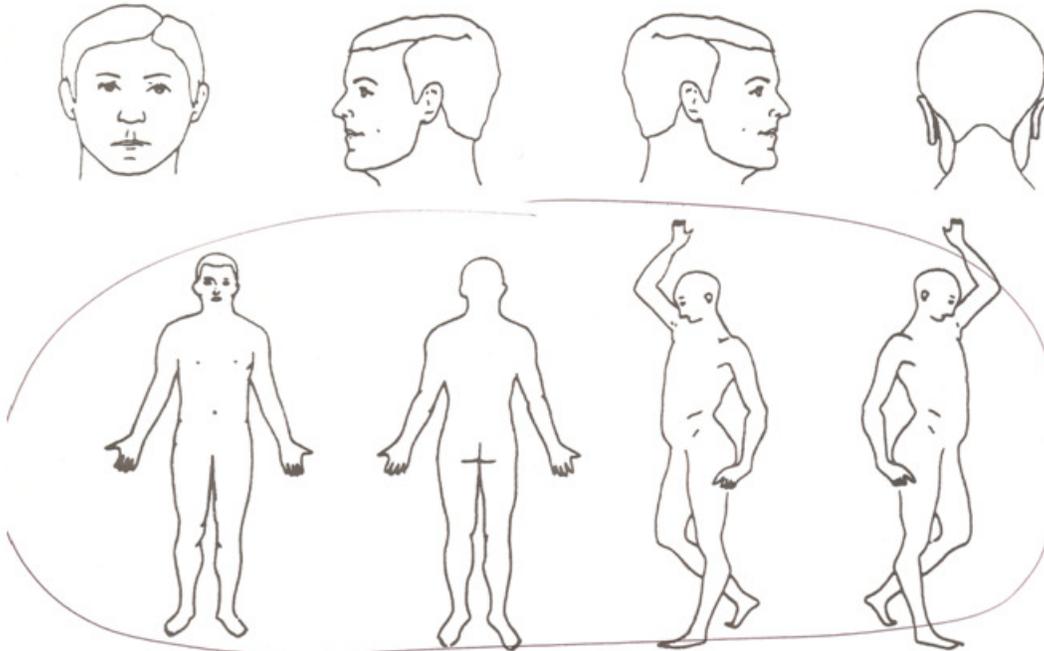
Date : *26 avril 2011*

Plan d'ensemble :

Encadrer la zone à photographier

Gros plan :

Mettre une croix sur le détail lésionnel



**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 l'équipe médicale du CHU de Nantes.  
L'étude et le suivi de votre dossier nécessitent des photographies. Nous sollicitons votre autorisation pour la prise de ces clichés et le cas échéant leur exploitation rendue anonyme.

J'autorise le Dr *MIGRAINE* 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 : *26/04/2011*  
Signature de l'intéressé(e)  
ou ayant droit

Signature du Médecin

Service de PHOTOLOGIE : 1<sup>er</sup> étage - Aile Ouest  
de 8 h 30 à 13 h et de 14 h à 17 h

