

## Notice d'information relative à la participation à la formation des étudiants

Madame, Monsieur,

Le Dr (MSU)..... vous propose de participer activement à la formation d'un futur médecin généraliste. Encadré par le Département de Médecine Générale (DMG) d'Université Paris Cité, ce travail pédagogique de supervision à partir de consultations filmées, est un temps dédié de formation durant lequel le maître de stage universitaire (votre médecin) et l'étudiant(e) échangent sur l'apprentissage et le perfectionnement des compétences de ce dernier.

Étudiant(e) : nom, prénom : .....

L'objectif est de former l'étudiant(e) et d'améliorer ses compétences, dont la communication, afin de permettre une meilleure prise en charge du patient.

Le déroulement est comme suit :

- Les consultations, hors vidéo de l'examen clinique, sont filmées seulement si vous l'autorisez
- L'enregistrement peut être interrompu à tout moment de la consultation à votre demande
- A l'issue de la consultation, les vidéos sont :
  - Conservées sous clé jusqu'à leur visualisation pour la supervision
  - Visionnées uniquement par votre médecin généraliste (maitre de stage) et l'étudiant
  - Effacées immédiatement après la supervision

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à ce travail pédagogique. La qualité des soins ne sera pas influencée par la participation ou le refus de participer.

Vous avez la possibilité, à tout moment, d'interrompre l'enregistrement vidéo et/ou de vous rétracter quant à l'utilisation de cette vidéo.

Le Département de Médecine Générale d'Université Paris Cité

Protection des données : dans le cadre de la mise en œuvre de cette formation, Université Paris Cité met en œuvre un traitement de vos données personnelles. Le traitement est fondé sur votre consentement (article 6.1) a. du règlement général sur la protection des données (RGPD). Les seuls destinataires des données sont les services en charge de cette formation. Les vidéos sont supprimées dans un délai maximum de 24heures. Vos consentements sont détruits à la fin du stage de 6 mois de l'étudiant.

Vous disposez du droit d'accéder à vos données personnelles, de demander leur rectification ou leur effacement. Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement de vos données, de demander la portabilité de vos données ou la limitation du traitement. Vous pouvez retirer votre consentement au traitement de vos données à tout moment.

Ces droits peuvent être exercés en vous adressant au coordinateur du DMG à [sodev.dmg@listes.u-paris.fr](mailto:sodev.dmg@listes.u-paris.fr) ou auprès du Délégué à la protection des données (DPO) d'Université de Paris Cité à [dpo@u-paris.fr](mailto:dpo@u-paris.fr) ou à l'adresse : *Délégué à la protection des données, Direction générale déléguée des affaires juridiques, Université Paris Cité, 85 bd Saint-Germain 75006 Paris.*

Si vous estimez que vos droits n'ont pas été respectés, vous avez également la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT PARTICIPANT

### **Consentement au traitement de données personnelles**

Je, soussigné(e) <NOM, PRENOM DU PATIENT/ACCOMPAGNANT>

.....  
consens au traitement de mes données à caractère personnel par <NOM, PRENOM DE L'ETUDIANT(E)> .....

pour la réalisation d'un enseignement entrant dans le cadre de sa formation en médecine générale au Département de Médecine Générale à Université de Paris Cité.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la « Notice d'information relative à la participation à la formation des étudiants », annexée au présent formulaire, et décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel dans le cadre de cette formation.

### **Consentement spécifique à l'enregistrement audio ou vidéo**

J'autorise <NOM, PRENOM DE DU MAITRE DE STAGE> .....

et <NOM, PRENOM DE L'ETUDIANT(E)> .....

à effectuer un enregistrement audio et vidéo de la consultation (hors vidéo de l'examen clinique) ce jour pour les besoins de sa formation.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera visualisé par le médecin généraliste et l'étudiant(e) et par la suite détruit.

Je consens à l'enregistrement de mon image et à la captation de ma voix dans le cadre décrit ci-dessus.

Fait à :

Le :

Signature :