

## **VIDEO CHIRURGICALE**

L'épreuve VIDEO CHIRURGICALE du CNU de Neurochirurgie a pour objectif de permettre aux membres du CNU d'avoir un aperçu de votre qualité chirurgicale et d'enseignant. Sont appréciés la qualité et la précision du geste chirurgical bien sûr mais aussi les précisions concernant l'objectif, l'indication de l'acte et son résultat attendu et obtenu. Sa qualité pédagogique sera également appréciée dans son commentaire, sa qualité technique, sa fluidité et sa concision. La vidéo doit être sonorisée (les commentaires). Il est bien entendu vous devez être obligatoirement l'auteur de l'acte chirurgical et le réalisateur de cette vidéo (dans le sens conception, montage et édition finale). Cette vidéo est destinée à être éditée sur le campus de Neurochirurgie.

Il ne s'agit pas de présenter obligatoirement une « prouesse » chirurgicale, mais un document qui possède un contenu pédagogique.

Durée : 5 à 7 minutes maximum

Structuration :

1. Titre (intitulé de l'acte, le nom de l'auteur (voire des co-auteurs), la date de réalisation)
2. Objectif de l'acte chirurgical
3. Présentation du cas clinique
4. Acte chirurgical
5. Résultat obtenu
6. Conclusion

Merci de préciser à la toute fin que pour présenter les éléments de cette vidéo (imageries, vues opératoires...) vous avez bien recueilli l'accord éclairé du patient (le document l'attestant doit être présenté aux membres du CNU en anonymisant le nom du patient).

## **Autorisation de filmer et de photographier**

Nom, prénom et date de naissance

J'autorise le personnel soignant du service de Neurochirurgie de l'hôpital XXX à me filmer, me photographier, à enregistrer ma voix au cours de mon séjour à l'hôpital pour ma prise en charge médicale (en particulier pour la réalisation d'exams d'imagerie médicale comme des radiographies, un scanner ou une IRM, des photographies ou des films réalisés au cours d'une intervention chirurgicale). L'ensemble de ces documents sont susceptibles d'être utilisés également à des fins pédagogiques (cours à la faculté, présentations dans des congrès médicaux) et/ou utilisés dans des programmes de recherche associés le cas échéant à des publications dans des revues scientifiques médicales. Avant utilisation dans un cadre pédagogique ou de recherche, l'ensemble de ces documents seront rendus anonymes, aucune annotation ou commentaire ne permettra de remonter jusqu'à moi. La présentation et/ou la publication de ces documents ne pourra pas porter atteinte à ma vie privée.

Cette autorisation, valable sans limitation de durée, à dater de la présente, ne concerne que les utilisations dites de prise en charge habituelle, de formation et de recherche scientifique interne et externe. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux éléments explicitement mentionnés. Je m'engage à ne demander ni rémunération complémentaire, ni droit d'utilisation pour les utilisations précitées.

Je suis informé(e) que mon consentement est révoquant à tout moment

Date

Signature