Merci pour avoir soumis une étude de cas. Ce formulaire peut être rempli par voie électronique, mais les pages 1 et 2 devront être imprimées, signées et scannées. Veuillez adresser le formulaire rempli et les images par email à mail@eakin.co.uk

|  |
| --- |
| SOUMISSION DU FORMULAIRE ÉTUDE DE CAS POUR LE PERSONNEL HOSPITALIER |
| **VOS COORDONNÉES** |
| Prénom |  |
| Nom  |  |
| Fonction /Titre |  |
| Hôpital |  |
| Ville |  |
| Téléphone |  |
| Email |  |
| **DÉCLARATION DE CONSENTEMENT POUR LA PUBLICATION OU LA REPRODUCTION DE L'ÉTUDE DE CAS** |
| Je soussigné(e), ……………………………………………………… (INFIRMIER(ÈRE) - NOM EN MAJUSCULE), accorde à eakin® la permission de reproduire les photos fournies et le cas décrit en tout ou partie pour une utilisation interne et externe, à des fins éducatives et promotionnelles, y compris (mais sans s'y limiter) du matériel imprimé comme des brochures, des publications, du matériel d'affichage, des publicités ou du matériel numérique, y compris du matériel audiovisuel, des sites Web et tout autre contenu ou média numérique qui pourrait être requis. Le patient demeura anonyme en permanence. Les images ne seront pas utilisées à d’autres fins. Signature: …………………………………………………… Date: ………………………………………….Permission d'utiliser votre nom dans des documents imprimés ou en ligne ? OUI / NON (Veuillez encercler)Permission d'utiliser le nom de votre hôpital dans des documents imprimés ou en ligne ? OUI / NON (Veuillez encercler)***(Veuillez joindre une copie scannée et signée de ce formulaire)*** |

|  |
| --- |
| **CONSENTEMENT DU PATIENT**  |
| Je soussigné(e), (PATIENT - NOM EN MAJUSCULE), accorde à eakin® la permission de reproduire les photos fournies et le cas décrit en tout ou partie pour une utilisation interne et externe, à des fins éducatives et promotionnelles, y compris (mais sans s'y limiter) du matériel imprimé comme des brochures, des publications, du matériel d'affichage, des publicités ou du matériel numérique, y compris du matériel audiovisuel, des sites Web et tout autre contenu ou média numérique qui pourrait être requis. Le patient demeura anonyme en permanence. Les images ne seront pas utilisées à d’autres fins.Signature: ………………………………………………………….Date: ………………………………………….***(Veuillez joindre une copie scannée et signée de ce formulaire)*** |

|  |
| --- |
| DÉTAILS DE L’ÉTUDE DE CAS |
| * **Titre de l’étude de cas :**
 |
| * **Antécédents du patient / informations chirurgicales :**
 |
| * **Situation actuelle / état / complications :**
 |
| * **Précédents traitements utilisés :**
 |
| * **Produits eakin® utilisés :**
 |

|  |
| --- |
| * **Raison(s) du choix des produits eakin® ci-dessus :**
 |
| * **Résultats et consequences :**
 |

|  |
| --- |
| * **Conclusion et recommandations :**
 |