

Consentement éclairé à l'utilisation de la Dream Machine

Document de reconnaissance et d'acceptation des risques

IMPORTANT — LIRE ATTENTIVEMENT AVANT UTILISATION

L'utilisation de la Dream Machine implique une exposition à des stimulations lumineuses (flicker light stimulation). Bien que cette expérience soit généralement sûre, certaines personnes peuvent présenter des contre-indications médicales. En cochant les cases ci-dessous et en acceptant ce consentement, vous reconnaissez avoir pris connaissance des informations médicales suivantes, et confirmez que vous êtes apte à participer volontairement à cette expérience.

Je confirme que :

- ☐ J'ai 18 ans ou plus.
- ☐ Je ne présente aucun antécédent personnel ou familial d'épilepsie.
- ☐ Je n'ai jamais ressenti de tremblements, absences, confusions ou vertiges sévères lors d'une exposition à des lumières clignotantes ou des écrans.
- ☐ Je n'ai jamais eu de pertes de connaissance inexplicables, d'absences, ni de mouvements anormaux du visage ou des membres au réveil.
- ☐ Je n'ai pas subi de traumatisme crânien, de chirurgie cérébrale ou de diagnostic de tumeur cérébrale.
- ☐ Je ne suis pas enceinte actuellement.
- ☐ Je ne suis pas en manque de sommeil, ni en sevrage d'alcool, de sédatifs, ni sous traitement médicamenteux pouvant déclencher des crises.
- ☐ Je ne souffre pas actuellement de troubles psychiatriques sévères, tels que psychose, attaques de panique sévères, dissociation importante ou idées suicidaires.

- ☐ Je suis conscient(e) que l'utilisation de la Dream Machine peut, dans de rares cas, déclencher des crises d'épilepsie, des migraines, des maux de tête ou un malaise, chez des personnes sensibles.
- ☐ Je m'engage à interrompre immédiatement l'expérience si je ressens un inconfort, un vertige, une nausée ou tout autre symptôme inhabituel.
- ☐ Je participe volontairement, en toute connaissance de cause, à cette expérience.

Je reconnais que :

- ☐ J'ai été informé(e) des risques potentiels liés à l'usage de la Dream Machine.
- ☐ J'ai évalué moi-même l'existence éventuelle de contre-indications me concernant.
- ☐ Je participe de mon plein gré à cette expérience.
- ☐ J'assume l'entière responsabilité de ma décision d'utiliser la Dream Machine.

Nom et prénom :

Date de naissance :

Date du consentement :

Signature :

Contrôle Quanta

Praticien :

Signature :