



Consentement éclairé à l'utilisation de la Dream Machine

Dream Machine Technology – 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 :

Signature :