

IMAGES MÉDICALES — CONSENTEMENT EXPLICITE

Déclaration de consentement explicite

N° de formulaire: KVKK-002		N° rév. / Date: 2026 v09 / 30.07.2026	
N° DE PROTOCOLE DU PATIENT		DATE	
N° D'IDENTITÉ TURQUE / PASSEPORT		DATE DE NAISSANCE	
NOM ET PRÉNOM DU PATIENT		SEXE	
DIAGNOSTIC			

Madame, Monsieur — Titulaire des données / Parent / Tuteur / Représentant,

Ce formulaire est un document **distinct** de la **Déclaration de consentement explicite KVKK-001**. L'article 5 de la KVKK-001 couvre le traitement de vos photographies et vidéos médicales **aux seules fins de diagnostic et de traitement**. Le présent formulaire concerne les utilisations de vos images **en dehors du diagnostic et du traitement**.

Vous n'êtes nullement tenu(e) de signer ce formulaire. Le fait de ne pas donner votre consentement n'aura aucune incidence sur votre examen, votre diagnostic ou votre traitement, et n'entraînera aucun désavantage dans votre relation avec votre médecin.

Votre médecin **Dr. Özgür Akşan** est désigné dans le présent texte par le terme « **Médecin** ».

1. Images couvertes par ce consentement

- Photographies prises lors de l'examen
- Photographies et vidéos prises pendant l'opération ou l'intervention
- Images comparatives avant et après le traitement
- Images radiologiques telles que radiographie, scanner, IRM, angiographie
- Enregistrements vidéo comportant du son

2. Ce que vous devez savoir avant de décider

Les points suivants revêtent une importance particulière pour que votre consentement soit « fondé sur une information ». Veuillez les lire attentivement.

Un bandeau sur les yeux ou le floutage du visage peut ne pas suffire à dissimuler votre identité. Des caractéristiques distinctives telles que les sourcils, une moustache, des tatouages, des cicatrices ou la morphologie corporelle peuvent vous rendre reconnaissable. C'est pourquoi, même si l'option « identité dissimulée » est cochée, la possibilité d'une reconnaissance n'est pas entièrement exclue.

Un contenu publié sur Internet peut être permanent. Une fois une image publiée, elle peut être copiée, téléchargée ou transférée vers d'autres plateformes par des tiers. Lorsque vous retirez votre consentement, le Médecin retire le contenu de ses propres comptes ; il se peut toutefois que le Médecin n'ait aucun contrôle sur le contenu copié par des tiers.

Vous avez le droit de voir l'image avant sa publication. À votre demande, il vous sera montré, avant publication, quelle image sera utilisée, où et de quelle manière.

Ce formulaire ne régit que votre consentement au traitement de vos données personnelles. Les restrictions imposées par la législation sanitaire aux activités de promotion et de publicité s'appliquent séparément et indépendamment de votre consentement.

3. Options de consentement explicite

Veuillez cocher d'un « **X** » la case correspondant à chaque point pour lequel vous donnez votre consentement. Chaque point constitue un consentement **distinct** ; cocher l'un ne couvre pas les autres. Vous pouvez également signer le formulaire sans en cocher aucun.

A) FORMATION MÉDICALE EN CADRE FERMÉ

- ☐ **A1.** Je consens à ce que mes images soient utilisées lors de **congrès, cours et enseignements** dont les participants sont limités aux professionnels de santé, **mon identité étant dissimulée**.
- ☐ **A2.** Je consens à leur utilisation dans les mêmes cadres sous une forme où mon identité est **reconnaissable**.

B) PUBLICATION ACADÉMIQUE

- ☐ **B1.** Je consens à ce que mes images soient publiées dans des articles scientifiques, des ouvrages et des communications, **mon identité étant dissimulée**.
- ☐ **B2.** Je consens à leur publication dans les mêmes travaux sous une forme où mon identité est **reconnaissable**. Dans cette option, le travail concerné me sera montré avant publication.

C) CANAUX ACCESSIBLES AU PUBLIC

- ☐ **C1.** Je consens à ce que mes images soient utilisées, **mon identité étant dissimulée**, dans les contenus **d'information** du **site internet** du Médecin expliquant les maladies et les processus de traitement.
- ☐ **C2.** Je consens à ce que mes images soient utilisées, **mon identité étant dissimulée**, dans les contenus d'information des **comptes de réseaux sociaux** du Médecin.
- ☐ **C3.** Je consens à leur utilisation sur des canaux accessibles au public sous une forme où mon identité est **reconnaissable**.

Les publications relevant des points C2 et C3 ne sont effectuées que sur les comptes officiels du Médecin indiqués ci-dessous. Ce consentement ne couvre pas les comptes d'autres personnes ou institutions.

Comptes pour lesquels le consentement est donné

4. Durée et retrait du consentement

Ce consentement est valable jusqu'à son retrait ; la durée maximale de conservation est indiquée dans la **Notice d'information KVKK** du Médecin.

Vous pouvez retirer votre consentement **à tout moment, sans avoir à en indiquer le motif**.

À la suite de votre demande de retrait, le Médecin retire **sans délai** les images des canaux placés sous son contrôle.

Le retrait produit ses effets **pour l'avenir** ; il n'invalide pas les utilisations licitement effectuées avant la date du retrait.

Dans le cas de publications académiques imprimées, le rappel des exemplaires imprimés peut s'avérer impossible.

Demandes : Mimar Sinan Mahallesi, Ziya Gökalp Bulvarı No: 28, Daire 1/2, Alsancak, Konak / İZMİR —
KEP : ozgur.aksan@hs06.kep.tr

5. Déclaration

J'ai lu et compris les informations ci-dessus. Dans la limite des points que j'ai cochés, je donne mon accord, **de mon plein gré et avec mon consentement explicite éclairé**, à l'utilisation de mes images médicales aux fins et sur les canaux indiqués. Il m'a été expressément communiqué que le fait de ne cocher aucun point n'affectera pas le déroulement de mon traitement.

Le patient écrit la phrase suivante **de sa propre main** et signe :

« J'ai lu et compris. Je donne un consentement explicite limité aux points que j'ai cochés. »

Signatures

	Nom et prénom	Signature	Date / Heure
Patient			
Représentant légal / proche du patient (Lien de parenté :)			
Médecin responsable	Dr. Özgür Akşan		