

EXAMEN GÉNÉRAL

Document de consentement éclairé

N° de formulaire: MOF-001		N° rév. / Date: 2026 v09 / 10.07.2026	
N° DE PROTOCOLE DU PATIENT		DATE	
N° D'IDENTITÉ TURQUE / PASSEPORT		DATE DE NAISSANCE	
NOM ET PRÉNOM DU PATIENT		SEXE	
DIAGNOSTIC			

Mon médecin m'a informé(e) en détail sur les points suivants :

- Les causes probables de ma maladie et son évolution prévisible
- La manière dont le traitement sera réalisé, sa durée estimée et son coût, ainsi que la possibilité de demander, si cela est jugé nécessaire, une consultation auprès d'autres médecins
- Les autres options de diagnostic et de traitement, les avantages et les risques que comportent ces options ainsi que leurs effets possibles sur ma santé
- Les effets secondaires et complications possibles
- Les avantages et les risques éventuels pouvant survenir en cas de refus du traitement
- Les caractéristiques importantes des médicaments qui seront utilisés
- Les recommandations relatives au mode de vie qui sont essentielles pour ma santé ou complémentaires à mon traitement
- Le fait que, lors des interventions et/ou traitements prévus par mon médecin, je puisse être confronté(e) à une ou des situation(s) pouvant nécessiter des interventions et des traitements supplémentaires par rapport à ce qui était prévu
- La manière dont je peux, en cas de besoin, accéder à une aide médicale sur le même sujet

J'ai été informé(e) au sujet de ma maladie et du processus de traitement. J'ai compris les informations qui m'ont été transmises oralement et j'ai obtenu des informations sur les sujets que je souhaitais connaître. J'ai informé mon médecin que je n'avais aucune autre question. **De ma propre et libre volonté, je donne mon consentement à cet examen.**

Signatures

	Nom et prénom	Signature	Date / Heure
Patient			

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