

Consentement éclairé

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de la publication éventuelle me concernant.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse favorable à mes questions.

J'ai compris que des données me concernant seront utilisées et le Dr. Jouffret Lionel du service de chirurgie oncologique de l'Institut Paoli Calmettes, Marseille, se porte garant de la confidentialité de ces données.

J'ai reçu une copie du document d'information et consentement éclairé.

Date et signature du patient.



Je soussigné, Dr. Jouffret Lionel du service de chirurgie oncologique de l'Institut Paoli Calmettes, Marseille, confirme avoir fourni les informations pertinentes sur le projet de publication d'un « Case Report » et avoir fourni un exemplaire du document d'information au patient concerné.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte cette publication l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes énoncés dans les lois françaises qui assurent la protection de la vie privée et les droits des patients.

Date et signature du médecin.

12/03/14

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and lines.