

Service d'Oncologie Médicale

CONSENTEMENT ECLAIRE

Groupe Hospitalier Henri Mondor
51, Avenue du M^{al} de Lattre de Tassigny
94010 CRETEIL Cedex

Chef de service :

Pr Christophe TOURNIGAND

Secrétariat : 01 49 81 25 67

Fax : 01 49 81 25 79

Praticiens Hospitaliers

Dr I. BAUMGAERTNER

Secrétariat : 01 49 81 25 76

Dr C. SALDANA

Dr E. ASSAF

Secrétariat 01 49 81 48 01

Chefs de Clinique Assistant

Dr C. JOLY

Secrétariat 01.49.81 45 31

Dr H. BOUSSION

Secrétariat 01.49.81.48.01

Dr Aude. GUILLEMIN

Secrétariat 01.49.81.48.01

Praticien Consultant

Pr I. SOBHANI

Secrétariat : 01 49 81 25 67

Cadres de Santé

M. P. HERPE

Mme H. JANNET

Hôpital de jour

Tél : 01 49 81 45 78

Fax : 01 49 81 25 69

Hospitalisation

Tél : 01 49 81 45 57

Unité de traitements

anti-tumoraux oraux

Mme S. DAR COURT (IDE)

Tél : 01 45 17 82 84

Fax 01 49 81 45 30

UNITE MOBILE DE

SOINS PALLIATIFS

Dr A. PILOT

Soins de support :CALIPSSO

Infirmières :01.49.81.44.44 ou 41.78

Psychologue

Assistance sociale

Socio-esthéticienne

_____ accepte
l'administration du CRIZOTINIB pour le traitement de mon carcinome thyroïdien ALK+ par l'équipe
du département d'oncologie médicale de l'hôpital Henri Mondor.

- Je certifie avoir été informée clairement et loyalement des bénéfices escomptés, modalités d'administration et éventuels effets indésirables liés à ce traitement.
- J'ai compris pouvoir interrompre la prise de ce médicament à tout moment, et sans justification. L'équipe d'oncologie médicale de l'hôpital Henri Mondor continuera à me prendre en charge dans les meilleures conditions.
- J'accepte, par la présente, que le contenu (textes et images) de mon dossier médical puisse être diffusé anonymement à des fins de recherche et d'enseignement.
- Je possède un droit de rétraction concernant la proposition ci-dessus, à tout moment de ma prise en charge.

Créteil, le 5 avril 2017

Signature :