	Type	Réf. Modèle	Réf. Documentaire	Version	Applique(E) Le
	05- FORMULAIRE (2 SIGNATURES)	013	12143	003	15/06/2017
	POLE SANTE PUBLIQUE EVALUATION ET SUPPORT MEDICAL DEPARTEMENT D'APPUI A LA RECHERCHE CLINIQUE CIC - CRB				

CIC_Form_ Demande de renseignements généraux pour une participation à une Recherche clinique

Les données inscrites sur cette fiche resteront confidentielles

Date d'inscription :

Nom marital (en capitales) : * Nom de jeune Fille :

Prénom :

Né (e) le à Sexe : F M

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Portable :

Téléphone professionnel : poste :

E.mail :

N° Sécurité Sociale :

Profession :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence

..... Téléphone :

.....

.....


Poids (kg) : Taille (cm) BMI :

Tabac :

Non fumeur ou arrêt cigarettes depuis combien de temps : Année :

Fumeur : cigarette vapotage cigare

Participation antérieures à des protocoles de recherche : oui non

Tournez SVP 

• Les données vous concernant seront saisies dans un fichier informatique dont l'existence est déclarée à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL) conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978, article 26. Si vous le souhaitez, vous aurez la possibilité d'accéder à ces informations pour les consulter et, éventuellement, les rectifier. Pour toute information supplémentaire sur la confidentialité de ces données, veuillez vous adresser au Centre d'Investigation Clinique de Rouen. secretariat.cic@chu-rouen.fr

Allergies :

- Non
- Oui Lesquelles :
-

Contraception : NA

- Non ou arrêt pilule, date : Nom :
- Oui Pilule Nom : Depuis :
- Autre, précisez :

Prenez-vous régulièrement des médicaments ?

- Non
- Oui Lesquels :
- Maladies Chroniques :
- Diabètes Oui Non Lesquels :
- Hypertension Oui Non Lesquels :
- Autres

Pratique sportive :

- Non
- Oui Sport(s) pratiqué(s) :
-

Votre médecin traitant :

Nom :

Adresse.....

Souhaitez vous être contacté par :

- Mail courrier Téléphone

Les créneaux ou je préfère être joint :

Par la signature de ce document j'accepte d'être contacté par le personnel du CIC ou de ses sites cliniques pour participer à des protocoles de recherche

.....Date et signature

A remettre au secrétariat du CIC :

Par courrier au : Centre d'investigation clinique , 1 rue de Germont RDC anneau central 76031 Rouen