

# FORMULAIRE POUR DEMANDE DE COMPENSATION

*Ce formulaire est à utiliser uniquement en cas d'indisponibilité de l'eCRF.*

*Cette procédure ne concernent que les patientes du groupe « intervention »*

Centre : \_\_\_\_\_

Identification de la patiente :

- 1<sup>ère</sup> INITIALE DU NOM

|\_|\_|

- 1<sup>ère</sup> INITIALE DU PRENOM

|\_|\_|

- Date de Naissance

|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / 19 |\_|\_|\_|\_|

- Numéro d'inclusion :

|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

n° de centre / n° d'inclusion de la patiente dans le centre

Date de la consultation de suivi

pour laquelle vous demandez la compensation :

|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / 20 |\_|\_|\_|\_|

Merci de préciser :

- Date de début de grossesse retenue :

|\_|\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_| / 20 |\_|\_|\_|\_|

Rappel :

Si vous n'avez pas transmis au CIC-P de DIJON le n° de la carte remise à la patiente au moment de son inclusion, la compensation de 30 € ne pourra pas lui être versée.

Le cas échéant, vous pouvez renseigner le numéro de la carte ici →

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nom et fonction de la personne envoyant ce fax :

- Nom et Prénom :

\_\_\_\_\_

- Fonction :

Gynéco-obstétricien /  Sage-Femme /  ARC ou TEC /  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

- Contact :

Tel : |\_|\_|\_|\_| . |\_|\_|\_|\_| . |\_|\_|\_|\_| . |\_|\_|\_|\_| . |\_|\_|\_|\_| / Fax : |\_|\_|\_|\_| . |\_|\_|\_|\_| . |\_|\_|\_|\_| . |\_|\_|\_|\_| . |\_|\_|\_|\_|

Email : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_



Envoyer cette fiche au CIC-P de DIJON

→ par fax au **03.80.29.57.55**



→ ou par mail : **naitre@chu-dijon.fr**

Conserver cette fiche dans le dossier de la patiente.

*Vous recevrez une confirmation de la bonne réception et de la prise en compte de votre demande par email ou fax.*