

FORMULAIRE POUR DECLARATION D'INCLUSION

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

Centre : _____

Date de la consultation d'inclusion : |_|_| / |_|_| / 20 |_|_|

Bras de randomisation : INTERVENTION / CONTROLE

Investigateur : Gynéco-obstétricien / Sage-Femme / Interne
(Personne ayant vu la patiente lors de la 1^{er} cs de suivi dans le centre)

Vérification des critères d'éligibilité / Information, non opposition et consentement de la patiente

- MAJEURE (18 ans et +) / enceinte : AG < 25 SA+0J / débutant son suivi dans le centre OUI / NON
- Bénéficiaire de la CMU ou de l'AME OUI / NON
- N'est pas sous tutelle ni curatelle OUI / NON
- Patiente informée de l'étude, capable de comprendre l'information
 Une note d'information lui a été remise. Elle ne s'est pas opposée à participer. } OUI / NON
- Formulaire de consentement pour recueil des données "Enfant" signé : } OUI / NON
- Langue des documents d'information remis : Français
 Autre, précisez : _____

Identification de la patiente : - 1^{ère} INITIALE DU NOM : |_|_| - 1^{ère} INITIALE DU PRENOM : |_|_|
 - Date de Naissance : |_|_| / |_|_| / 19 |_|_|

→ pour les patientes du groupe Intervention UNIQUEMENT

- NOM de la patiente : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
- PRENOM de la patiente : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|
- N° de la carte remise: |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Merci de préciser :

- Date de début de grossesse estimée au moment de l'inclusion : |_|_|_| / |_|_|_| / 20 |_|_|_|
- Patiente bénéficiaire de : la CMU / l'AME

Personne - Nom et Prénom : _____
envoyant - Fonction : Gynéco-obstétricien / Sage-Femme / ARC ou TEC / Autre, précisez : _____
ce fax : - 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.