

POUR INCLURE UN PATIENT, merci de faxer ce document à la DRCI du CHU de ROUEN

FAX : 02 32 88 82 87


Nom de l'hôpital et de la ville du centre investigateur :

Merci d'indiquer votre numéro de fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Etude CREHA 2011/090/HP		
PATIENT	Nom (première lettre)	_
	Prénom (première lettre)	_
	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	_ _ _ _ _ _ _ _
	Poids (Kg) : _ _ _ Taille (cm) : _ _ _	
	Surface corporelle (m ²)	_ , _ _
Numéro du centre investigateur		_ _
Date de signature de consentement		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)
Date de signature de consentement Génétique		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (jj/mm/aaaa)
Critères d'inclusion et de non inclusion vérifiés :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Nom et Signature de l'Investigateur :		

PARTIE RESERVEE AU CENTRE DE RANDOMISATION : DRCI du CHU de ROUEN

Date de la randomisation (jj/mm/aaaa)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Numéro de randomisation	_ _ _
Code d'identification patient (n°centre/n°randomisation/Nom/Prénom)	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Résultat de la randomisation	
Votre patient est randomisé dans le groupe A (Cyclophosphamide)	<input type="checkbox"/>
Votre patient est randomisé dans le groupe B (Rituximab)	<input type="checkbox"/>
Date, nom et signature du responsable de la randomisation :	