

<b>Êtes vous</b>	Sous Tutelle <input type="checkbox"/>	Sous Curatelle <input type="checkbox"/>	Sauvegarde de Justice <input type="checkbox"/>
<b>Sexe</b>	Homme <input type="checkbox"/>	Femme <input type="checkbox"/>	
<b>Nom/Prénom</b>			
<b>Nom de jeune fille</b>			
<b>Date de naissance</b>			
<b>Lieu de naissance + n° du dép</b>			

<b>Téléphone portable</b>	
<b>Téléphone fixe</b>	
<b>Téléphone professionnel</b>	

<b>Adresse e-mail</b>	@
-----------------------	---

<b>Adresse domicile / code postal et ville</b>	

<b>Médecin traitant</b>	Nom/Prénom :
	Code postal et ville :

<b>Profession</b>			
<b>Diplôme le plus élevé</b>			
<b>Travail de nuit</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
<b>Disponible pour se rendre aux rendez vous en semaine</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

<b>Personne de confiance (Nom Prénom)</b>	
<b>Téléphone portable</b>	
<b>Téléphone fixe</b>	

<b>Poids</b>	kg	<b>Taille</b>	cm	<b>Groupe sanguin</b>	
<b>Tension artérielle</b>		<b>Pouls</b>			

<b>Êtes vous</b>	Gaucher <input type="checkbox"/>	Droitier <input type="checkbox"/>
------------------	----------------------------------	-----------------------------------

<b>Voyage à l'étranger (où et quand?) &lt; 3 ans</b>	
--	--

<b>Peur des aiguilles</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---------------------------	------------------------------	------------------------------

<b>Tabac</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Quantité par jour :	

<b>Alcool régulier</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Quantité par jour :	



n° V.S. :

Avez-vous des antécédants Chirurgicaux ?

Avez-vous des antécédants Médicaux ?

(ex. Asthme, Diabète, Migraines, hyper/hypo tension artérielle, traumatisme cranien, dépression...)

Femmes seulement :

Ménopausée ? Oui/Non Si oui, depuis quelle année ? :

Utilisez vous une méthode de contraception ? Oui/Non

Si oui, laquelle ?

Cadre réservé au médecin
Entretien médical :
Suivi du volontaire sain :

Ces données sont strictement confidentielles. Je n'autorise leur consultation que par le personnel du Centre d'Investigation Clinique (CIC) de Toulouse, soumis au Secret Professionnel.

En application avec le règlement RGPD , j'accepte qu'elles puissent faire l'objet d'un traitement informatisé par le CIC de Toulouse. J'ai bien compris qu'elles seront saisies dans un fichier informatique présentant les garanties de protection prévues par la réglementation et dont l'existence a fait l'objet d'un avis favorable de la Commission Nationale Informatique et Liberté.

J'ai bien noté que, conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement sur la protection des données, je dispose d'un droit d'accès, de rectification, un droit à l'effacement, à la limitation du traitement et à la portabilité des données. Je dispose également d'un droit d'opposition à la transmission des données, Ces droits s'exercent auprès du Dr. Claire Thalamas, qui est le médecin délégué du CIC.

**Date et signature :**