

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

Téléphone portable	
Téléphone fixe	
Téléphone professionnel	

Adresse e-mail	@
-----------------------	---

Adresse domicile / code postal et ville	

Médecin traitant	Nom/Prénom :
	Code postal et ville :

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

Personne de confiance (Nom Prénom)	
Téléphone portable	
Téléphone fixe	

Poids	kg	Taille	cm	Groupe sanguin	
Tension artérielle		Pouls			

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

Voyage à l'étranger (où et quand?) <3 ans	
---	--

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

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

Alcool régulier	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 de la Loi « Informatique et Liberté » du 6 janvier 1978, modifiée, 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 Loi, et dont l'existence a fait l'objet d'un avis favorable de la Commission Nationale Informatique et Liberté (article 15).

J'ai bien noté que le droit d'accès (articles 34 et 40) et de rectification (article 36), que m'ouvrent les textes susvisés, pourra s'exercer à tout moment auprès du Dr. Claire Thalamas, médecin délégué du CIC.

Date et signature :