Docusign Envelope ID: E901C64D-E896-4B15-80FF-6D12527D8E61

# ANNEXE 37, v01

Formulaire « *Informations sur le protocole de recherche* »

Docusign Envelope ID: E901C64D-E896-4B15-80FF-6D12527D8E61

Centre de santé et de services sociaux de Laval

D T 0 7 0 4

# Informations sur le protocole de recherche

(Début de participation du sujet)

**IDENTIFICATION DE L'USAGER** No. DOSSIER _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ SEXE : ☐ F ☐ M

N.A.M. : _____ EXP : _____/_____

**Commanditaire :**

**Numéro de protocole :**

**Titre du protocole :**

**Investigateur principal :**

**Co-investigateurs :**

**Coordonnées de l'équipe de recherche:**

**Date de début de participation du sujet de recherche à l'étude:**

Le patient ci-haut mentionné participe à une étude clinique. Ici-bas, vous trouverez des sections du formulaire de consentement donnant plus de détails sur l'étude à laquelle ce patient participe. Pour toute information supplémentaire, veuillez vous adresser au personnel de la recherche.

n.b. SVP inscrire le numéro de page

Docusign Envelope ID: E901C64D-E896-4B15-80FF-6D12527D8E61

Centre de santé et de services sociaux de Laval

# Informations sur le protocole de recherche

**IDENTIFICATION DE L'USAGER** No. DOSSIER _____

NOM À LA NAISSANCE : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ / _____ / _____ SEXE : ☐ F ☐ M

N.A.M. : _____ EXP : _____/_____

n.b. SVP inscrire le numéro de page