

**FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU FICHIER INFORMATIQUE DES VOLONTAIRES DU
CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE 1433 PLURITHEMATIQUE DE NANCY**

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Sexe : H F
Date de naissance : _____
Nom : _____
Nom de jeune fille : _____
Prénom : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____
Ville : _____
Téléphone : Domicile : / / / / / / / / / / / / / / / / /
Portable : / / / / / / / / / / / / / / / / / /
Email : _____
Profession : _____

INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE ETAT DE SANTE ET VOS HABITUDES DE VIE

Poids : _____ kg
Taille : _____ cm
Consommation de tabac : Non
 Ex-fumeur arrêt depuis : _____
 Fumeur
Consommation d'alcool : Non
 Occasionnelle
 Régulière : Nombre de verres de vin par jour : _____
Nombre de verres d'apéritif par jour : _____
Nombre de verres de bière par jour : _____

Souffrez- vous ou avez-vous souffert durant les cinq dernières années d'une ou plusieurs de ces maladies ? (si vous ne savez pas, merci de cocher « NON »)

Hypertension artérielle :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Diabète :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Cholestérol :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Angine de poitrine :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Insuffisance cardiaque :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Infarctus :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
AVC :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

Avez-vous une autre maladie chronique (maladie du foie, reins, cœur, pancréas, thyroïde, estomac) ?

- Non
 Oui, laquelle ? _____

Prenez-vous actuellement des médicaments ?

- Non
 Oui, lesquels ? _____
- _____
- _____

Etes-vous allergique à certains médicaments ou autres substances ?

- Non
 Oui, lesquels ? _____

Avez-vous déjà été hospitalisé (hors accouchement) ?

- Non
 Oui, pourquoi ? _____

Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale ?

- Non
 Oui, laquelle ? _____

Etes-vous ménopausée ?

- Non concerné
 Opérée
 Ménopausée
 Pré-ménopause
 Non

Etes-vous assuré social ? Non Oui

Participez-vous actuellement à une recherche médicale ?

- Non
 Oui

Quelle est l'origine de votre appel ?

- Annonce dans l'Est Républicain
 Annonce dans le Républicain Lorrain
 Annonce dans les petites annonces gratuites
 Annonce à la Faculté
 Site Internet du CIC
 Connaissances
 Autre : _____

Coordonnées de votre médecin traitant :

Nom, Prénom : _____

Ville : _____

Avez-vous des remarques, des informations complémentaires à nous apporter concernant votre état de santé?