



**PARTICIPATION D'UN USAGER
À UN PROTOCOLE DE RECHERCHE**

N° du protocole donné par le CÉR : _____

Titre du protocole : _____

INFORMATIONS SUR LE PROTOCOLE DE RECHERCHE/PRODUIT (S) THÉRAPEUTIQUE (S)

Participation :

Date du début : ____/____/____ Correspond à la date de signature du FIFC
 aaaa mm jj Correspond à la date pour la durée de conservation du dossier médical.
 Date de fin prévue : ____/____/____ *** 25 ans pour les essais cliniques avec un produit de recherche***
 aaaa mm jj

Produit (s) thérapeutique (s) à l'étude :

Nom du ou des _____
 produits à l'étude : _____

Date du début de la prise : ____/____/____ Date de fin prévue : ____/____/____
 aaaa mm jj aaaa mm jj

Effets secondaires _____
 possibles : _____

Localisation du code Pharmacie du : CHUL HDQ HSFA HEJ HSS
 Thérapeutique : Spécifier si autre : _____

Contre-indication, interactions médicamenteuse, médication non permise durant l'étude, ect.

Personnes à contacter :

Chercheur principal/chercheur qualifié : Coordonnateur (trice)/Infirmier (ère) de recherche :

_____	_____
Nom	Nom
_____	_____
Coordonnées	Coordonnées
_____	_____
Signature	Titre

Ce document et une copie du formulaire d'information, formulaire de consentement signé par le participant doivent être immédiatement acheminés aux archives médicales afin d'être versés dans le dossier médical du sujet sans délai

()