

Volontaire

**Service Hospitalier Frédérique Joliot**



# Fiche d’inscription pour les volontaires sains

Vous êtes majeur en bonne santé et vous désirez participer à une étude clinique réalisée au SHFJ à Orsay. Pour cela, merci de compléter le formulaire ci-dessous :

**Informations d’identité :**

### Nom \* :

#### Prénom \* :

#### 

Féminin

Masculin





Sexe \* :

Date (MM/AAAA) et lieu de naissance \* :

I\_\_I\_\_I / I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I Lieu : ………………………………………………………….………………………………….

Non



Oui



Affiliation à la sécurité sociale \* :

Ville de résidence \* :

Code postal \* :

**Contact :**

Email \* :

Téléphone \* :

**Mensurations :**

Poids (kg) :

Taille (cm) :

**Informations complémentaires :**

|  |  |
| --- | --- |
| Etes-vous ? : | Gaucher Droitier Ambidextre |
| Participation antérieure à un essai \* : | Oui Non |
| Fumez-vous ? \* : | Oui Non |
| Si oui : >1 cigarette par jour ? | Oui Non |
| Consommez-vous de l’alcool ? \* : | Oui Non |
| Si oui : >1 verre par jour ? | Oui Non |
| Êtes-vous claustrophobe ? \* :  (phobie des ascenseurs, peur des endroits fermés) | Oui Non |
| Prenez-vous un traitement ? : | Oui Non |
| Si oui, lequel ? : | …………………………………………………………………………. |

**Antécédents médicaux :**

* Avez-vous eu des antécédents de :

|  |  |
| --- | --- |
| Maladies neurologiques ? \* : | Oui Non |
| Maladies respiratoires ? \* : | Oui Non |
| Maladies endocriniennes ? \* : | Oui Non |
| Troubles psychiatriques ? \* : | Oui Non |
| Cancer ? \* : | Oui Non |
|  |  |
| Maladies cardiaques ? \* : | Oui Non |
| Maladies digestives ? \* : | Oui Non |
| Autres ? :  *(Précisez dans le commentaire ci-dessous)* |  |

Commentaires :

**Contre-indications à l’examen IRM :**

* Portez-vous un ou des :

|  |  |
| --- | --- |
| Stimulateurs cardiaque (Pacemaker) ? \* : | Oui Non |
| Valves cardiaques et anneaux d’annuloplastie)? \* : | Oui Non |
| Défibrillateur cardiaque implantable ? \* : | Oui Non |
| Neurostimulateurs ? \* : | Oui Non |
| Implants cochléaires ? \* : | Oui Non |
| Clips vasculaires ferromagnétiques intracérébraux ? \* : | Oui Non |
| Corps étrangers métalliques intraoculaires ?\* : | Oui Non |
| Prothèses implantées ? \* :  *(pompe à insuline, stimulateur vagal, électrodes cérébrales)* | Oui Non |
| Tatouages ? \* : | Oui Non |
| Piercings ? \* : | Oui Non |

* Accepteriez-vous :

|  |  |
| --- | --- |
| Un prélèvement biologique (sang, urine) ? : | Oui Non Ne sais pas |
| Un examen d'imagerie médicale (ex: IRM, TEP/IRM) ? : | Oui Non Ne sais pas |

**\****: à cocher obligatoirement*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**J'atteste que mes données fournies sont valides**          
  
J'accepte que mes coordonnées soient enregistrées dans la base de données du SHFJ d’Orsay. Mon inscription dans le fichier des volontaires sains nécessite un recueil de données qui sera informatisé. Ces informations destinées exclusivement au SHFJ d’Orsay, seront traitées en toute confidentialité :

**je suis d'accord \***         
  
Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée, et au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, (règlement général sur la protection des données), vous disposez d'un droit d'accès et de modification sur les données personnelles vous concernant. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.  
  
Cette base est déclarée publiquement en tant que traitement de données personnelles (RGPD) et a fait l’objet d’une analyse de risques pour protéger au mieux les données sensibles recueillies.

Merci de retourner ce document complété à [participants.shfj@cea.fr](mailto:participants.shfj@cea.fr)