

FEUILLE D'ENGAGEMENT DE CENTRE INVESTIGATEUR
Cohorte CAPRIH
Etude rétro-prospective observationnelle multicentrique française des cancers primitifs
hépatiques rares

Votre affiliation : FFCD

UNICANCER GI

GERCOR

NOM DU CHEF DE SERVICE (compléter l'autorisation) :

NOM ET PRENOM DE L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL :

N° RPPS : Spécialité :

Date de naissance :

DETABLISSEMENT/ HOPITAL :

N° ; RUE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE : FAX : E.MAIL :

Profil* pour l'eCRF :

Nous souhaitons participer à l'étude ci-dessus. Chaque fois qu'un patient présentera les critères d'éligibilité, la participation à cet essai lui sera proposée.

Nous estimons que notre recrutement annuel sera de malades.

NOM et PRENOM DE LA PERSONNE CONTACT POUR LA CONVENTION HOSPITALIERE :

ETABLISSEMENT/ HOPITAL :

N° ; RUE :

CODE POSTAL : VILLE :

TELEPHONE : FAX : E.MAIL:

Page 1-2 à renvoyer:

Par mail : cohortecaprih@ffcd.fr

Ou par FAX : 03.80.38.18.41

Ou par courrier : FFCD – Faculté de Médecine – 7 Boulevard
Jeanne d'Arc – BP 87900 – 21079 DIJON Cedex

Les autres médecins et équipe recherche (ARC site/ TEC, ...) habilités à participer à la recherche doivent être mentionnés dans le tableau ci-dessous

NOM PRENOM	SPECIALITE/FONCTION	N° RPPS	ADRESSE/ Tél-Fax/ email	Profil * (pour l'eCRF)	DATE et signature

*Le profil veut dire :

Investigateur (Investigateur principal et autre-investigateur) : enregistrement des patients/inclusion /transcription/signature du CRF /réponse requêtes ;

Transcripteur (ARC site, TEC, ARC FFCD) : transcription/réponse aux requêtes ;

Supra-Transcripteur (ARC site, TEC) : enregistrement des patients/ transcription/réponse aux requêtes

Joindre obligatoirement les CV de moins de 9 mois, datés et signés avec numéros RPPS de l'investigateur principal et de tous les médecins déclarés sur cette fiche. Tout document manquant entraînera un retard dans l'ouverture administrative du centre.

Souhaitez-vous de l'aide à la transcription de la part d'un ARC FFCD ? Oui Non

Mentions légales – Loi informatique et libertés : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier professionnel informatisé par la FFCD à des fins de communication au sein du réseau. Ces informations sont conservées pour permettre à la FFCD de communiquer avec vous régulièrement sur la vie de l'association et ne seront ni transmises à un tiers, ni utilisées à des fins commerciales. Conformément à la loi « informatique et libertés » et au RGPD 2018, vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier ou supprimer en contactant : dpo@ffcd.fr

DATE

SIGNATURE DE L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL

COHORTE CAPRIH
Version1.0 du 19.09.2023

Page 2 sur 3

Cadre réservé à la FFCD :

CENTRE SELECTIONNE POUR LA RECHERCHE : Oui Non

Paraphe CDP :

Date :

QUESTIONNAIRE DE FAISABILITE CENTRE

1. Avez- vous la possibilité de techniquer les prélèvements de sang ?

OUI NON

2. Avez-vous la possibilité de congeler à moins 80°C les tubes de sang ?

OUI NON