

## FEUILLE D'ENGAGEMENT DE CENTRE INVESTIGATEUR

### PRODIGE 90 (FFCD 2204) – PREDIR NEOREC

**Dostarlimab néoadjuvant associé à une radiothérapie de courte durée dans le cadre d'une stratégie d'observation et d'attente pour les patients atteints d'un cancer du rectum localement avancé présentant une instabilité des microsatellites ou un déficit de réparation des mésappariements**

Essai de phase II multicentrique randomisé

N° : 2024-510772-20-00

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 ..... patients.**

**NOM et PRENOM DU PHARMACIEN** : .....

ETABLISSEMENT/ HOPITAL : .....

N° ; RUE de livraison : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : ..... FAX : ..... E.MAIL : .....

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

ETABLISSEMENT/ HOPITAL : .....

N° ; RUE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TELEPHONE : ..... FAX : ..... E.MAIL : .....



**NOM et PRENOM DU RADIOTHERAPEUTE REFERENT** (pour administration de la radiothérapie de courte durée) :  
.....

ETABLISSEMENT/ HOPITAL : .....

N° ; RUE : .....

CODE POSTAL : .....VILLE .....

TELEPHONE : ..... FAX : ..... E.MAIL: .....

**Page 1-2 à renvoyer :**

**Par mail : [prodige90.pedir@ffcd.fr](mailto:prodige90.pedir@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/EMRC/IPA, ...) 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 co-investigateur) : enregistrement des patients/inclusion-randomisation/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 et attestation de formation aux Bonnes Pratiques Cliniques (BPC) 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](mailto:dpo@ffcd.fr)

DATE

SIGNATURE DE L'INVESTIGATEUR PRINCIPAL

**Cadre réservé à la FFCD :**

CENTRE SELECTIONNE POUR LA RECHERCHE : Oui  Non

Paraphe CDP :

Date :