

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 :

### **Nom \* :**

#### **Prénom \* :**

#### 

**Sexe \* :**

Féminin

Masculin

       

**Date et lieu de naissance \* :**

……./……../……. … Lieu : ……………………

**Affiliation à la sécurité sociale \* :** oui        Non  

**Adresse \* :**

**Ville \* :**

**Code postal \* :**

**Email \* :**

**Téléphone \* :**

**Poids (kg) :**

**Taille(cm) :**

**Êtes-vous :**

Gaucher

Ambidextre

Droitier

              

**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 ? \* :**  oui      Non  

(phobie des ascenseurs, peur des endroits fermés)

**Prenez vous un traitement ? :** oui  Non 

Si oui, lequel ? :

### **AVEZ-VOUS DES ANTECEDENTS DE :**

**Maladies neurologiques? \***  oui  Non  ; **Cancer ? \*** oui Non   
  **Maladies respiratoires** **? \***   oui  Non  ; **Maladies cardiaques ? \***  oui Non   
  **Maladies endocriniennes ? \*** oui  Non  ; **Maladies digestives ? \*** oui Non   
  **Troubles psychiatriques ? \***    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? \*** oui  Non  (pompe à insuline, stimulateur vagal, électrodes cérébrales) |
| **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 a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL.

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

