|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RECTO** |  |  |  |
| **CARTE D’IDENTIFICATION**  Numéro d’étude C |\_\_|\_\_|\_\_| / |\_\_|  Durée de participation à l’étude  Du |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| au |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|  **Contactez-nous au 06 47 34 13 30**  Si vous avez des **questions**, si vous ne pouvez pas vous présenter à un **rendez-vous**, si vous avez **perdu** votre traitement.  Si vous êtes **hospitalisé** ou **incarcéré**, parlez-en à l’équipe soignante. Elle se mettra en contact avec le médecin d’ICONE. |  |  |  |
| **VERSO** |  |  |  |
| **PROCHAINS RENDEZ-VOUS**  Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Lieu : …………............................  Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Lieu : …………............................  Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Lieu : …………............................  Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Lieu : …………............................  Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Lieu : …………............................  Le \_\_\_\_ /\_\_\_\_ à \_\_\_\_ h \_\_\_\_ Lieu : …………............................. |  |  |  |
|  |  |  |  |