**FORMULAIRE**

 **Demande d’archivage d’images pour la recherche clinique**

**Étude** :      **Date de la demande :**JJ/MMM/AAAA

**Chercheur**:      **Sous-service :**8XXXX0

**Coordonnateur:**      **Temps de conservation**\*

 [ ]  5ans [ ]  25ans

* *Si l’étude concerne un médicament de recherche, la conservation doit être de 25 ans.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Images à conserver** | **Réservé au département d'imagerie médicale** |
| **# Dossier HMR** **Nom patient** | **Examen**(Scan, rayon-x, Scintigraphie, etc.) | **Date de l’examen**JJ/MMM/AAA | **Examen non-disponible** | **Examen disponible** | **Examen archivé** |
|              |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
| **Personnel de recherche** | **Réservé au département d'imagerie médicale** |
| **# Dossier HMR** **Nom patient** | **Examen**(Scan, rayon-x, Scintigraphie, etc.) | **Date de l’examen**JJ/MMM/AAA | **Examen non-disponible** | **Examen disponible** | **Examen archivé** |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|            |        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |
|        |        |   |  |  |

**Commentaires**:

**Signature du coordonnateur ou du médecin responsable**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date** : JJ/MMM/AAAA