

**SOMMAIRE**

**Protocole de recherche clinique**

**Médecin responsable du projet :**

**Médecin(s) collaborateur(s) :**

**Spécialité de l’étude :**

**Infirmière responsable du projet :**

* **Téléphone :**
* **Téléavertisseur :**
* **Télécopieur :**

**Titre et numéro du protocole :**

**But(s) de la recherche :**

**Médication et/ou instrument(s) de recherche:**

**Effets secondaires :**

**Date d’approbation du Comité d’éthique de la recherche (CÉR) :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Date du début de la participation à l’étude (signature du FIC)** Cliquez ici pour entrer une date.

**Date de fin approximative de la participation à l’étude** Cliquez ici pour entrer une date.