



Registre national de la « Maladie de Castleman »

Formulaire d'INCLUSION

Identification du Médecin Correspondant :

Nom, Prénom

Adresse professionnelle :

Téléphone :

Fax :

E-mail :

Identification du Patient :

Nom d'usage :

Nom de Naissance :(important pour les femmes mariées)

Prénom :

Date de Naissance :/...../.....

Sexe : Masculin Féminin

Formulaire à adresser au Pr Eric OKSENHENDLER

Par Fax : 01 42 49 94 72

ou

E-Mail : contact@castleman.fr

ou

eric.oksenhendler@aphp.fr

Consentement joint : Oui Non

CR AnaPath joint : Oui Non

Partie réservée au Coordonnateur

Numéro de CODE : **CD I_I_I_I_I**