

**BORDEREAU D'INCLUSION**

**EXPLORE PDL1 GFPC 06-2015**

**A FAXER AU 03 55 03 58 49**

Nom de l'investigateur/Ville :

.....

Fax :

.....

Numéro de centre : .....

Date d'inclusion : .....

Initiales du patient : |\_\_|\_\_| (*1 du nom, 1 du prénom*)

Date de naissance : .....

Sexe : .....

Date : .....

**N° de patient à noter par centre lui-même =  
n° de centre-n°d'ordre d'inclusion dans le centre**

**N°PATIENT ATTRIBUE : |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|**

**LES FEUILLETS ORIGINAUX DES CRFS REMPLIS SERONT A  
RETOURNER A  
VERONIQUE BLANC 136 RUE DE PARIS 89000 AUXERRE**

