

**ANRS EN20 - Mortalité 2010 en collaboration avec Mortavic
Enquête sur les causes de décès en France en 2010 des adultes infectés par le VIH**

RECUEIL DES DECES DU 01/01/2010 au 31/03/2010

SIGNAL DC
Version 1.0 28/01/2010

Nom et adresse du centre :

Numéro de centre ANRS (si applicable) :

Avez-vous connaissance de décès d'adultes infectés survenus pendant la période concernée ? non oui
Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

Numéro Patient	Date de décès	Sexe	Date de naissance	Cause(s) résumée(s)	Patient inclus dans une cohorte ou un essai ANRS ?
<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, préciser :
<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, préciser :
<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, préciser :
<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, préciser :
<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, préciser :
<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, préciser :
<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, préciser :
<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, préciser :
<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, préciser :
<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, préciser :

Nous vous remercions pour votre collaboration.

Document rempli par le Dr(nom, prénom)

Le _____ Signature