

Fiche de déclaration d'inclusion**à adresser au centre coordonnateur dès la consultation****(fax : 04 67 33 70 36 ou par mail: GIHP.registre.MARACH@gmail.com.)****Consultation du:** /_/ / /_/ / 20/_/ /**Centre (Etablissement de santé):** _____**Médecin déclarant (Nom, Prénom):** _____**Tel :** - - - - -**Fax :** - - - - -**Mail du déclarant :** _____ @ _____**Numéro de patient:** /_/ / /_/ / / [affecté par le déclarant, selon la liste de correspondance]**Déficit en facteur:** _____**Taux de facteur:** /_/ / % **ou** 0, /_/ / U/ml**Intervention chirurgicale prévue le:** /_/ / /_/ / 20/_/ /**Coordonnées du chirurgien (ou anesthésiste) en charge du patient :****Nom, prénom :** _____**Tel:** - - - - -**Mail:** _____ @ _____**Etablissement de santé, ville:** _____**Service:** _____