

Proyecto INMA – Valencia. PREINCLUSIÓN

Hoja nº 2

Responsable:Semana de.....a.....

ID Preinclusión Elegibles (cumple criterios inclusión)	Parti- cipa (Sí/No)	Hoja de Rechazo (Sí/No)	Fecha firma Consenti- miento	<i>Si participa</i>				Dirección y teléfono (fijo y móvil) Comentarios
				Cita prevista Inclusión	Fecha Screening ¹	Fecha Visita S20 ²	Fecha Parto ³	

¹ Fecha screening de la Fe (del cartón de citas), ² Fecha visita semana 20 de la Fe (del cartón de citas), ³ Fecha probable de parto (de la cartilla embarazo)

RESUMEN SEMANAL:

	Semana:	Semana:
Nº total ELEGIBLES		
Nº total PREINCLUSIONES		
Nº total RECHAZOS		
Nº total CUESTIONARIOS de rechazo		