

RECHERCHE BIOMEDICALE

DECLARATION D'INTENTION\* COMPLEMENTAIRE  
POUR L'ESSAI D'UN MEDICAMENT  
OU D'UN PRODUIT ASSIMILE\*\*

Date de déclaration : 24/04/2004

1. Promoteur (nom ou dénomination et adresse)

**BAYER PHARMA**  
**13 rue Jean Jaurès**  
**92807 PUTEAUX CEDEX**

Enregistrement par l'Administration :

26 FÉV 2004

AGENCE  
FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES  
PRODUITS DE SANTÉ

Cachet

2. Titre de l'essai :

**Etude contrôlée, en double aveugle, randomisée, de recherche de doses dans la  
prévention de la maladie thrombo-embolique veineuse chez des patients devant bénéficier  
de la pose programmée d'une prothèse totale de hanche – Etude ODIXaHIP Iib**

Numéro d'enregistrement de la déclaration d'intention :

0	3	1	3	2	6
---	---	---	---	---	---

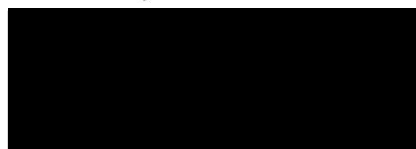
**Déclaration complémentaire n° 1**

Numéros des rubriques modifiées : **30-31-32**

(éditer les pages de la déclaration comportant des modifications)



Responsable  
Affaires Réglementaires Enregistrement



Chef de Projets  
Affaires Réglementaires - Enregistrement

\* pour chaque rubrique non remplie, préciser : néant

\*\* produit assimilé : produit défini à l'article L.658-11 ou produit ou objet contraceptif

## INVESTIGATEURS

(S'il y a plusieurs investigateurs, indiquer en premier l'investigateur coordonnateur.  
Si nécessaire, éditer des pages supplémentaires)

30. Nom, Prénom	31. Qualité	32. Lieu de réalisation. Si recherche sans bénéfice individuel direct, référence de l'autorisation du lieu
<b><u>Nouveaux investigateurs</u></b>  [REDACTED]  [REDACTED]	Docteur Anesthésiste  Docteur Anesthésiste	Polyclinique de la Providence 1, rue de la Providence 86000 POITIERS  Polyclinique de la Providence 1, rue de la Providence 86000 POITIERS