ENQUETE NATIONALE PREVALENCE 2006

C-CLIN *Est*

Accord de participation à l'Enquête Nationale de Prévalence des infections nosocomiales 2006

Période d'enquête : 29 Mai 2006 - 30 Juin 2006

Identification de l'établissement

N° FINESS établissement *(9 chiffres)* |___|___|___|___|___|___|___|___|___|
(en cas d'établissement multisite, noter le n° FINESS établissement du site participant)

N° FINESS juridique *(9 chiffres)* |___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Nom de l'établissement :

|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Adresse :
N° : |___|___|___| **Rue :** |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Code postal : |___|___|___|___|___| **Commune :** |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Président du CLIN

Titre : |___|___| Nom : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Prénom : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Tél : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| Fax : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

E-mail : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Intitulé exact du service : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Responsable de l'enquête

Titre : |___|___| Nom : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Prénom : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Tél : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| Fax : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

E-mail : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Intitulé exact du service : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Fait à ________________________________ **Le** (jj/mm/2006) : |___|___| . |___|___| **2006**

Signature du responsable de l'enquête : ______________________________

A renvoyer avant le 15 avril 2006 par fax ou par courrier à :

C-CLIN Est - CHU de NANCY **Hôpitaux de Brabois, Rue du Morvan** **54511 VANDOEUVRE-lès-NANCY**	Tél : 03 83 15 34 73 **Fax : 03 83 15 39 73**