



# Réseau de Surveillance des Infections acquises en Réanimation



## Réseau REA-RAISIN 2009

### Accord de participation

#### ETABLISSEMENT :

Nom : .....

Statut :  Public  Privé  PSPH  
Type :  CHU  CH  Etablissement de soins / clinique  
 Centre de lutte contre le Cancer  Hôpital des Armées  
 autre : .....

#### Directeur :

Nom .....  
Prénom .....

#### Président du CLIN :

Nom .....  
Prénom .....  
Téléphone : .....Fax .....  
E-mail .....  
Intitulé et adresse exacte du service : .....  
.....  
.....  
.....

#### SERVICE DE REANIMATION :

Intitulé :  polyvalente  médicale  chirurgicale  brûlés  
 spécialisée : .....

Nombre de lites : |\_|\_|

#### Chef de service :

Nom .....  
Prénom .....  
Téléphone : .....Fax .....  
E-mail .....  
Intitulé et adresse exacte du service : .....  
.....  
.....  
.....

**REFERENT SURVEILLANCE :**

---

Nom .....  
Prénom .....  
Téléphone : .....Fax .....  
E-mail .....  
Intitulé et adresse exacte du service : .....  
.....  
.....  
.....

**ACCORD :**

---

Nous souhaitons adhérer au réseau RAISIN REA du CCLIN Est à compter du :  
|\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|.

*Pour la mise en conformité avec la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, le CLIN de votre établissement doit déposer un dossier de déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (21 rue Saint Guillaume – 75340PARIS Cedex 07).*

Fait à .....  
Le |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_|

Signatures :

<b>Pour le service de Réanimation :</b> Le chef de service	<b>Le Référent pour la surveillance :</b>	<b>Pour le CLIN de l'établissement :</b> Le Président
Nom	Nom	Nom
Prénom	Prénom	Prénom

A renvoyer au :

CCLIN Est, Réseau RAISIN REA  
CHU de Nancy, Hôpitaux de Brabois  
Rue du Morvan – 54500 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex  
Télécopie : **03.83.15.39.73**  
Courriel dédié : [rea-cclin.est@chu-nancy.fr](mailto:rea-cclin.est@chu-nancy.fr)