CNR Bactéries Anaérobies et Botulisme
Laboratoire associé *Clostridium difficile*

ICD RAISIN 2009
FICHE D'INSCRIPTION A L'ENQUETE

Renseignements concernant l'établissement de santé (ES)

Code ES | | | | | | | Partie réservée à l'InVS

Nom de l'ES : .....

N° FINESS Etablissement : | | | | | | | | | |

N° FINESS Juridique : | | | | | | | | | |

Statut de l'ES : ☐ **Public** ☐ **PSPH** ☐ **Privé non PSPH**

Catégorie :

☐ **CHR/CHU** ☐ **CH/CHG ≥300 lits** ☐ **CH/CHG <300 lits**
☐ **Hôpital local**
☐ **Clinique MCO ≥100 lits** ☐ **Clinique MCO <100 lits**
☐ **SSR/SLD** ☐ **CLCC**
☐ **Autre, précisez :** .....

Renseignements concernant le(s) référent(s)

Référent de l'étude

Nom : .....
Prénom : .....
Fonction :.....
Adresse : .....
.....
.....
Tél. : .....
Fax : .....
Email : .....

Président du Clin

Nom : .....
Prénom : .....
Fonction :.....
Adresse : .....
.....
.....
Tél. : .....
Fax : .....
Email : .....

Référent du Laboratoire (si différent du référent de l'étude)

Nom : .....Prénom : .....
Fonction :..... Email : .....
Adresse : .....
.....
Tél. : .....Fax : .....

Participation au volet épidémiologique :

Suivi « actif » des patients à 30 jours ..... ☐ **OUI** ☐ **NON**

Type de services concernés par l'étude (plusieurs réponses possibles)..... ☐ **COURT SEJOUR** ☐ **MOYEN/LONG SEJOUR**

Participation au volet microbiologique ..... ☐ **OUI** ☐ **NON**

Nous acceptons les conditions de participation et adhérons à l'étude.

Fait à : **Le :** **Signature :**

Fiche à retourner à l'InVS par :

Courrier : Institut de Veille Sanitaire – DMI/NOA/Laurence BOURAOUI - Etude ICD RAISIN 2009 -12 Rue du Val d'Osnes - 94415 Saint-Maurice Cedex
Email : icdraisin2009@invs.sante.fr - **Fax** : 01 41 79 68 02 **Contact** : Laurence BOURAOUI - Tél. : 01 41 79 67 34