

C-CLIN Est



Accord de participation Audit préparation cutanée de l'opéré dans les établissements de santé 2007

➤ **Etablissement :**

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

CP et Ville : _____

➤ **Coordonnées du président du Clin :**

Je soussigné(e),

M^e, M : Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Service : _____

E-mail : _____

Téléphone: ____/____/____/____/____/ Fax : ____/____/____/____/____/

Certifie donner mon accord pour que l'établissement de santé, ci-dessus désigné, participe à l'audit des pratiques : « Préparation cutanée de l'opéré dans les établissements de santé 2007 »

La CME de mon établissement a donné un avis favorable à l'adhésion à ce réseau et la Direction de l'établissement et le Conseil d'Administration en ont été (seront) informés.

Je m'engage à fournir des données, avec la participation des Services Cliniques, de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière, de l'administration ou du DIM et de la Direction du Service des Soins Infirmiers, en vue de la réalisation des différentes étapes de l'audit.

➤ **Coordonnées du référent de l'établissement pour l'audit :**

M^e, M : Nom : _____ Prénom : _____

Service : _____

E-mail : _____

Téléphone: ____/____/____/____/____/ Fax : ____/____/____/____/____/

Fait à :

Le :

Signature :

Questionnaire à retourner **par fax (03 83 15 39 73) ou par courrier à :**

Cclin Est
(Audit préparation cutanée de l'opéré 2007)
CHU de NANCY - Hôpitaux de Brabois
Rue du Morvan - 54511 VANDOEUVRE Les NANCY

RAPPEL : les données de l'audit sont à retourner au Cclin Est **avant le 31 décembre 2007**
par courriel : auditpcop-cclin.est@chu-nancy.fr