

➤ **NOM :** _____ **PRENOM :** _____

➤ **ADRESSE PROFESSIONNELLE :** _____

➤ **TEL. :** _____ **N°ADELI ou RPPS :** _____

Email :

➤ **COMMUNES D'INTERVENTION :** _____

TYPES DE SOINS SUR LESQUELS VOUS SOUHAITERIEZ INTERVENIR :

	OUI	NON
Perfusion sur dispositifs intraveineux de longue durée		
Manipulation et programmation de pompes		
Plaies complexes		
Stomies		
Soins ORL (trachéo, ventilation assistée...)		
Redons		
Prise en charge pédiatrique		
Prise en charge néonatal		
Prise en charge avec le réseau RIFHOP (oncopédiatrie)		
Aide à la toilette		
Nursings lourds		
Prise en charge palliative		

DIPLOMES UNIVERSITAIRES

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> D.U. PLAIES, BRULURES ET CICATRISATIONS | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> D.U. DOULEURS | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> D.U. SOINS PALLIATIFS | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> D.U. DIABETE | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> D.U. HYGIENE | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> D.U. EDUCATION THERAPEUTIQUE | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICAT DE STOMATHERAPIE | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> IPA | Année d'obtention : |
| <input type="checkbox"/> AUTRES : <i>précisez</i> _____ | Année d'obtention : |

DATE ET SIGNATURE :