



Bulletin d'Adhésion

INTITULE et ADRESSE de votre centre tels que vous souhaitez qu'ils apparaissent :

Tél Secrétariat _____

Fax Secrétariat _____

Noms et Prénoms du ou des Médecins responsables de la Tenue du Registre et à qui doit être adressé la correspondance (maximum 2 noms) :

Indiquez votre/vos E.Mail ☒ _____

Noms et prénoms d'autres médecins disponibles dans votre service pour répondre à toute demande de renseignements concernant le Registre :

Nom, prénom, téléphone et fonction de l'Infirmière responsable de la tenue du Registre

Noms, prénoms et fonctions des autres infirmières participant au Registre et /ou intéressées à recevoir les résultats ou le BDP

Nous donnez-vous l'autorisation de téléphoner directement à une de vos infirmières pour compléter ou corriger des données du Registre concernant votre centre ? **Oui** **Non**

Quels sont les modules auxquels vous souhaitez participer ? :

Module Suivi Survie & Infections péritonéales (**obligatoire**)

Modules optionnels :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Module Cathéter | <input type="checkbox"/> Registre Nutrition & Dialyse Adéquate |
| <input type="checkbox"/> Registre Education | <input type="checkbox"/> Module Insuffisance cardiaque |
| <input type="checkbox"/> Registre Anémie | <input type="checkbox"/> Module Hémodialyse à domicile |

Autres remarques ou commentaires : Si vous souhaitez qu'une autre personne de votre service reçoive également vos résultats, indiquez son nom, prénom et fonction

Ce bulletin est à adresser au
Secrétariat du Registre de Dialyse Péritonéale
30, rue Séré Depoin – 95300 PONTOISE
Tel : 09-71-52-38-98- Fax : 01-30-32-99-38 – Email : secretaire@rdplf.org