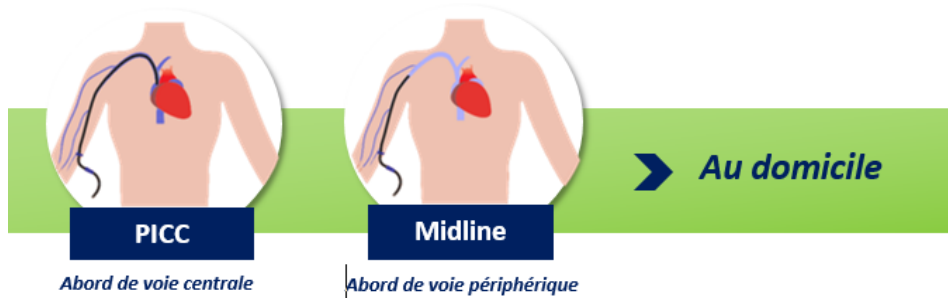


ATTESTATION D'ÉVALUATION DES PRATIQUES

Objet : Formation à la prise en charge d'un patient porteur de PICC ou Midline



Nous confirmons la participation de :

Nom.....Prénom.....

- IDE HAD.....
- IDE Libéral.....
- IDE intérimaire.....

à la formation citée en objet, qui s'est déroulée dans les locaux de l'HAD / au domicile du patient en date du **2022**

Coordonnateur hygiéniste / Référente hygiène

Signature

