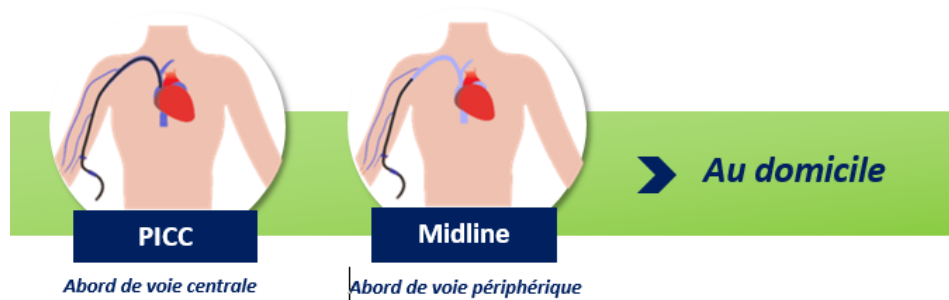


ATTESTATION D’EVALUATION DES PRATIQUES

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

Coordonnateur hygiéniste / Référente hygiène

Signature

