⬩ Correspondant PCI ⬩

Situation au: 2017

|  |
| --- |
| **Institution** |
| NomEt adresse |  |
| Tél. principal  | E-mail principal: |
|  |  |  |  |  |
| **Infirmier correspondant en PCI** (si pas infirmier préciser la formation de base: …………………………………) |
| Prénom:  | Nom: |
| Tél.:  | E-mail:  |
| Corr. PCI depuis, dès le:   | Corr. PCI dans l'institution depuis, dès le:  |
| **Formations** |
| Formation Précaution Standard: faite[ ]  année: sinon à faire [ ]  |
| Formation Mesures Additionnelles: faite [ ]  année: sinon à faire [ ]  |
| Formation de base Corr. PCI 2011: les 3 J oui [ ] , sinon quels jours **pas** faits: J1[ ] , J2[ ]  , J3 [ ] 2015-16: les 3 J oui [ ] , sinon quels jours **pas** faits: J1[ ] , J2[ ] , J3 [ ] 2017: Rattrapage J1 oui [ ] ,  |
| Journée formation continue Corr. PCI, **suivie** en 2012 [ ]  oui, 2013 [ ]  oui, 2014 [ ]  oui, 2015 [ ]  oui, 2016 [ ]  oui, 2017 [ ]  oui |
| Autre-s fonction-s assumée-s par l'inf. corr. PCI1 |
| IC2 [ ]  | ICUS3 [ ]  | Santé au travail [ ]  | Entretien Disp. médicaux4 [ ]  | Intendance [ ]  |
| Autre-s:  |
|  |
| Médecin (s) répondant (s) pour l'institution |
| Nom, Prénom | Commune/cabinet | N° tél. cabinet | e-mail |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Nous vous remercions de retourner ce document dûment rempli au SCSP:

par courriel à: josiane.huberdeau@ne.ch, ou par courrier: SCSP-PCI, rue Pourtalès 2, 2000 Neuchâtel

**1**inf. corr. PCI: Infirmier-ière correspondant-e en PCI et Hygiène, **2**IC : Infirmier-ière chef-fe ou responsable, **3**ICUS : Infirmier-ière chef-fe de l'unité,  **4**Disp. médicaux: Matériel de soins, équipements médical et Dispositifs médicaux au sens de l'ODiM (Ordonnance sur les dispositifs médicaux)