

# DEMANDE DE VALIDATION

Chirurgie aseptique - Rongeurs

NOM	PRÉNOM	ADRESSE COURRIEL
IDUL	TITRE D'EMPLOI	CENTRE DE RECHERCHE
PROFESSEUR	PROFESSIONNEL DE RECHERCHE	NUMÉRO DE PROTOCOLE
NUMÉRO DE PROJET UL (facturation) *numéro de compte CHU- transit non admissible*		STATUT UL (interne-externe)

Date de validation sélectionnée	Espèce utilisée (spécifiez)
Étapes opératoires requises (cochez)	
Soins préopératoires	
Technique d'asepsie	
Soins post opératoires	
Techniques de sutures	
Informations complémentaires	
Quel type de chirurgie êtes-vous appelé à effectuer ?	
Technique(s) de fermeture utilisée(s) :	
Points simples discontinus      Agrafes      Ciment dentaire      Autres (spécifiez) :	

SECTION RÉSERVÉE AU FORMATEUR			
<u>Formations complétées</u>			
Animaux de laboratoire	Protection respiratoire	Introduction rat et souris	Introduction chirurgie
Entrée Nagano	Courriel de suivi	Facturé	
Commentaires :			