

Demande de certification pour utilisation de substituts cutanés cellulaires chez des patients porteurs de plaies difficiles à cicatriser

(du 1^{er} avril 2021, révision prévue le 31 mars 2024)

Requérant :

Nom / Prénom _____

Adresse _____

CP / Ville _____

Date de naissance _____ GLN _____

La demande est faite pour le(s) produit(s) suivant(s) :

Apligraf® Epifix® NuShield®

Cours fait le :

(veuillez joindre la confirmation du cours) _____

Liste des spécialistes pour la collaboration interdisciplinaire :

Dermatologie _____

Angiologie _____

Chirurgie vasculaire _____

Endocrinologie / Diabétologie _____

Orthopédie _____

Coordonnées de(s) expert(e)s en plaies (accrédité(e)s SAfW ou EWMA) :

Existe-t-il un concept de traitement des plaies ?

(Celui-ci doit pouvoir être présenté sur demande)

Lieu, Date

Signature du requérant

3 cas (et non applications !) documentés pour chaque type de substitut cutané :
(à soumettre dans les deux ans)

Initiales du patient	Diagnostic	Type de substitut cutané	Date de l'application	Superviseur (Nom, Prénom)

Les traitements et la documentation sont attestés par :

Lieu, Date

Signature