



ENQUETE EMBOLISATION 2009

NOM DU MEDECIN QUI REMPLIT LE QUESTIONNAIRE :

.....

SERVICE :

- DEPARTEMENT :

- VILLE :

- ADRESSE MAIL :

- TELEPHONE :

- FAX :

- NOMBRE DE PERSONNES TRAVAILLANT DANS LE SERVICE

- PERMANENCE DES SOINS ASSUREE : OUI NON

NOMBRE D'EMBOLETTION PAR AN

TYPE : *Merci d'indiquer le nombre annuel pour chaque type*

ARTERIEL :	
- Hémorragie de la délivrance	<input type="text"/>
- Fibromes utérins	<input type="text"/>
- Bronchique	<input type="text"/>
- Pelviennes	<input type="text"/>
- Digestives	<input type="text"/>
- Rénales	<input type="text"/>
- Epistaxis	<input type="text"/>
- Autres	<input type="text"/>

VEINEUSES :	
- Varicocèles et varices pelviennes	<input type="text"/>
- Pulmonaire	<input type="text"/>

MALFORMATION VASCULAIRE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TUMEUR / CANCER	
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Merci de compléter le questionnaire et de le renvoyer sous 48 par fax au

03 20 44 52 87