CHU ANGERS
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

DEPARTEMENT DE RADIOLOGIE
Chef de Département : Pr. Christophe AUBÉ
Secrétariat tél. : 02 41 35 42 81/ mail : PaJoubin@chu-angers.fr

Fondé sur les exigences de qualité et de sécurité des protocoles de coopération entre professionnels de santé précisées par le décret du 27 décembre 2019. La déclaration du protocole local entre « *Radiologues et Manipulateurs en Electroradiologie Médicale pour la réalisation de cytoponctions thyroïdiennes* ».

PROTOCOLE DE COOPÉRATION

Les soussignés

Dr .....
(M/ Mme/Mlle ; Prénoms ; Noms)

Médecin .....
(Exerçant la profession de)

Né(e) le ..... *à* .....

Nationalité .....

N° RPPS : .....

Et

Mr .....
(M/ Mme/Mlle ; Prénoms ; Noms)

MANIPULATEUR D'ELECTRORADIOLOGE MEDICALE .....
(Exerçant la profession de)

Né(e) le ..... *à* .....

Nationalité .....

manifestent par la présente leur volonté de s'engager mutuellement dans le protocole de coopération relatif à la réalisation des échographies selon le protocole national cité en entente du présent document.

Fait à _____ Le _____

.....
(signatures des soussignés)