



ATTESTATION DE FORMATION ET DE COMPETENCE A LA DIALYSE PERITONEALE

Je soussigné Docteur, médecin de l'AIDER
certifie que
domicilié à

Téléphone domicile :

Téléphone mobile :

**A participé aux sessions de formation à la dialyse péritonéale organisée
par AIDER et a acquis les compétences nécessaires pour prendre en
charge, (Cf. Cahier des charges) un patient utilisant comme technique de
dialyse péritonéale le système :
des Laboratoires :**

Lui ont été remis tous les documents nécessaires à cette prise en charge dont :

- La charte de Collaboration nous liant à ce professionnel et dont il(elle) a
accepté les termes.
- Le cahier des charges correspondant à l'aide souhaitée pour ce patient

Ce certificat a été établi à, le

Signatures :

Mademoiselle, Madame, Monsieur

Educateur DP

Docteur