

## ANNEXE I – CHARTE D'ADHESION AU REGISTRE CAROTIDE

En fonction de l'organisation des centres, il peut y avoir une seule charte pour tout le centre ou alors une charte par chirurgien.

Centre : \_\_\_\_\_

Chef de service ou responsable : \_\_\_\_\_

Médecins du centre : \_\_\_\_\_

: \_\_\_\_\_

: \_\_\_\_\_

: \_\_\_\_\_

J'accepte de participer au registre CAROTIDE Ile-de-France.

J'accepte de communiquer les données relatives au registre CAROTIDE Ile-de-France.

Je m'engage à inclure tous les patients que j'ai opérés.

J'adresserai tous les 6 mois, aux échéances prévues par l'ARH, les données demandées sous la forme de fiches papier ou d'un fichier informatique.

J'accepte les procédures d'audit prévues dans le protocole.

Signatures :

--