

DEMANDE DE VALIDATION

Base et techniques spécialisées

NOM	PRÉNOM	ADRESSE COURRIEL
IDUL	TITRE D'EMPLOI	CENTRE DE RECHERCHE
PROFESSEUR	PROFESSIONNEL DE RECHERCHE	NUMÉRO DE PROTOCOLE
NUMÉRO DE PROJET UL (facturation) *numéro de compte CHU- transit non admissible*		STATUT UL (interne-externe)
DATE DE VALIDATION CHOISIE		

TECHNIQUES	SOURIS	RAT	AUTRE (SPÉCIFIEZ) :
TECHNIQUES DE BASE (COCHEZ)			
Contention de base			
Injection IP			
Injection SC			
Anesthésie isoflurane			
Anesthésie aux drogues injectables			
Technique d'euthanasie (spécifiez)			
TECHNIQUES SPÉCIALISÉES (COCHEZ)			
Injection IM			
Injection sinus orbital			
Gavage			
Injection veine caudale éveillé			
Injection veine caudale sous anesthésie			
Intranasal			
Prélèvement sanguin (spécifiez)			
Dislocation sans anesthésie			
Décapitation sans anesthésie			
Autres (spécifiez)			
Est-ce que vous avez déjà suivi une formation de chirurgie?			

SECTION RÉSERVÉE AU FORMATEUR		Nom du formateur :	
<u>Formations complétées</u>			
Animaux de laboratoire	Protection respiratoire	Introduction rat et souris	Introduction chirurgie
Entrée Nagano	Courriel de suivi	Facturé	
Commentaires :			