# DÉCLARATION D'INTENTION DE RÉDACTION D'UN PROTOCOLE NATIONAL DE DIAGNOSTIC ET DE SOINS

## Thème du PNDS :

*(indiquez, le cas échéant, s'il s'agit d'une actualisation d'un PNDS existant) :*

->

Nouveau PNDS

Actualisation

## Calendrier prévisionnel

|  |  |
| --- | --- |
| Date de début du projet |  |
| Date prévisionnelle du début de la phase 2 |  |
| Date prévisionnelle du début de la phase 3 |  |

## Centre de référence promoteur

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du centre |  |
| Responsable médical du centre  *Titre, nom, prénom, mail* |  |
| Etablissement de santé de rattachement |  |
| Directeur d'établissement  *Titre, nom, prénom, mail* |  |
| Filière de santé de rattachement |  |
| Centres de référence associés |  |
| Coordonnateur du PNDS *Titre, nom, prénom, mail* |  |

Date :

Signatures

|  |  |
| --- | --- |
| Responsable du centre de référence promoteur | Responsable légal de l'établissement de santé siège du CRMR |