



**Formulaire de demande de création de compte sur le
portail e-santé**

A retourner par mail : contact@esante-bfc.fr

Date de la demande :

.....

- Application :**
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bonnes Pratiques de Chimiothérapie | <input type="checkbox"/> R@pid |
| <input type="checkbox"/> REVHOC | <input type="checkbox"/> Disponibilité des lits |
| <input type="checkbox"/> Dossier Communiquant de Cancérologie | <input type="checkbox"/> Infocentre |
| <input type="checkbox"/> Gériatologie | <input type="checkbox"/> DMP-fc (dossier médical) |
| <input type="checkbox"/> REPOP | <input type="checkbox"/> DMP-fc (création de dossier) |
| <input type="checkbox"/> Portail régional | <input type="checkbox"/> Neuro |

- Titre :**
- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Madame | <input type="checkbox"/> Monsieur | <input type="checkbox"/> Professeur |
| <input type="checkbox"/> Mademoiselle | <input type="checkbox"/> Docteur | |

NOM D'USAGE :

Prénom : **N° RPPS/ADELI**.....

Adresse mail nominative :

N° mobile (pour code à usage unique) :

- Profession :**
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Non défini | <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Intervenant social |
| <input type="checkbox"/> Agent administratif | <input type="checkbox"/> Infirmier psychiatrique | <input type="checkbox"/> Manipulateur ERM |
| <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Assistant de service social | <input type="checkbox"/> Pharmacien |
| <input type="checkbox"/> Psychomotricien | <input type="checkbox"/> Audioprothésiste | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> Masseur - Kinésithérapeute | <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Sage-femme |
| <input type="checkbox"/> Personnel du service informatique | <input type="checkbox"/> Personnel non médical | |

- Situation :**
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Non défini | <input type="checkbox"/> Libérale avec activité hospitalière |
| <input type="checkbox"/> Activité libérale exclusive | <input type="checkbox"/> Libérale sans activité hospitalière |
| <input type="checkbox"/> Non installé | <input type="checkbox"/> Interdiction d'exercer |
| <input type="checkbox"/> Étudiant interne | <input type="checkbox"/> N'exerçant pas |
| <input type="checkbox"/> Étudiant licencié | <input type="checkbox"/> Retraite avec activité |
| <input type="checkbox"/> Salarié | <input type="checkbox"/> Retraite |
| <input type="checkbox"/> Activité hospitalière exclusive | <input type="checkbox"/> Installation hors département |
| <input type="checkbox"/> Activité hospitalière partielle | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Salarié sans activité hospitalière | <input type="checkbox"/> N'exerçant plus |
| <input type="checkbox"/> Activité mixte (libérale et salariée) | |

Structure d'exercice :

Adresse :

Service :

Code postal : **Ville :**