



Date de la demande :

.....

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

**A retourner par mail : [contact@esante-bfc.fr](mailto:contact@esante-bfc.fr)**

- 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 :** .....