**FICHE DE RETOUR D’EXPérience / D’INFORMATION**

|  |
| --- |
| **Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge en santé au travail des travailleurs intervenant en conditions hyperbares** |

Cette fiche concerne :

🞏 Une **proposition de modification** ou de mise à jour des recommandations

🞏 Le **retour d’expérience** (applicabilité, faisabilité, mise en œuvre) des recommandations

Cocher (copier-coller) 🗹 la case appropriée – 1 seule proposition par fiche.

|  |
| --- |
| **N° de la recommandation concernée (1 à 22) :** |
| **Propositions / informations :**  (écrivez ici votre texte) |
| Argumentaire : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Références bibliographiques :**  1.-  2.-  3.-  … | |
| **Rédacteur** | |
| **Nom Prénom** :  **Fonction**:  **Affiliation** : | **Adresse** :  Tél :  e-mail : |
| **Date d’établissement de la fiche** : | |

Cette fiche est à retourner par courrier électronique à [conseilscientifique@medsubhyp.fr](mailto:conseilscientifique@medsubhyp.fr)

Les propositions seront étudiées par le conseil scientifique de Medsubhyp et pourront faire l’objet d’une révision des recommandations qui sera rendue publique à l’Assemblée Générale Annuelle.