



www.teampata.org

DEVENIR MEMBRE DU RESEAU PATA

COORDONNÉES

Nom de la clinique: _____
Adresse physique: _____
Adresse postale: _____
Numéro de téléphone: _____ Fax: _____
Adresse électronique: _____ site Web: _____

S'il vous plaît, décrivez brièvement votre clinique et le travail que vous faites:

Veillez nous fournir l'information suivante:

Nombre des patients adultes séropositifs sous ARVs	
Nombre des patients séropositifs sous ARVs âgés de moins de 12 mois	
Nombre des patients séropositifs sous ARVs entre Encerclez le choix le plus approprié à votre clinique 1 et 10 ans Ou 1 et 12 ans Ceci dépend de l'âge à laquelle votre clinique considère comme le début de l'adolescence.	
Nombre de patients séropositifs sous ARV entre Encerclez le choix le plus approprié à votre clinique 10 et 18 ans Ou 12 et 18 ans	

Veillez donner la liste de trois principaux défis auxquels votre clinique fait face:

1. _____
2. _____
3. _____

Veillez donner la liste de trois accomplissements de votre clinique

1. _____
2. _____
3. _____

Les projets dont vous aimeriez que d'autres cliniques du réseau soient au courant:

PRINCIPALE PERSONNE DE CONTACT DE PATA

Nom: _____ Prénom: _____
Poste/Rôle: _____ Sexe: _____
Numéro de téléphone portable _____ Numéro de téléphone fixe: _____
Adresse e-mail: _____

MEMBRES DE L'ÉQUIPE PATA

Conseiller/ Assistant social

Nom: _____ Prénom: _____
Poste/Rôle: _____ Sexe: _____
Numéro de téléphone portable _____ Numéro de téléphone fixe: _____
Adresse e-mail: _____

Infirmier

Nom: _____ Prénom: _____
Poste/Rôle: _____ Sexe: _____
Numéro de téléphone portable _____ Numéro de téléphone fixe: _____
Adresse e-mail: _____

Pharmacien

Nom: _____ Prénom: _____
Poste/Rôle: _____ Sexe: _____
Numéro de téléphone portable _____ Numéro de téléphone fixe: _____
Adresse e-mail: _____

Médecin/Directeur Médical

Nom: _____ Prénom: _____
Poste/Rôle: _____ Sexe: _____
Numéro de téléphone portable _____ Numéro de téléphone fixe: _____
Adresse e-mail: _____

MOTIFS POUR LEQUELS VOUS VOULEZ DEVENIR MEMBRE DE PATA

Comment connaissez-vous PATA?

Comment pensez-vous que votre clinique va bénéficier d'être membre de PATA?

-
- Vous recevrez le bulletin électronique mensuel de PATA; informez-nous si vous ne le recevez pas.
 - Informez-nous régulièrement de votre travail, de vos besoins, défis et accomplissements pour que nous partagions cette information.

Bienvenue au réseau PATA. Nous allons tous travailler ensemble pour aider les enfants infectés ou affectés par le VIH en Afrique à avoir accès aux services complets de bonne qualité et centrés sur la famille.

Adresse:

PATA Office
14 Bridge Street
Rosebank
7700 Cape Town
South Africa

Tel: +27 21 68508143 9710

Fax: 086 6191623

Email: info@teampata.org