

# CHARTRE POUR L'ANNUAIRE SFP TRAITEMENT ENDOVEINEUX THERMIQUE

TOUT MEDECIN SOUHAITANT ETRE INSCRIT DANS L'ANNUAIRE SFP  
« TRAITEMENT ENDOVEINEUX THERMIQUE »  
DOIT REUNIR LES CONDITIONS SUIVANTES

1. Être membre de la SFP à jour de cotisation
2. Avoir une activité phlébologique régulière et pratiquer les traitements endoveineux thermiques (TET) des veines saphènes depuis au moins 1 an\*
3. Pratiquer au moins 50 actes de TET par an \*
4. Respecter les bonnes pratiques des TET ainsi que la pertinence des soins dans le traitement des veines saphènes et des récidives ( <https://www.sf-phlebologie.org/espace-medecins> « CHOOSE WISELY : Varices Saphènes et Récidives »)\*

*\*Pour ces 3 conditions, une attestation sur l'honneur est exigée (voir modèle ci-dessous)*

Cet annuaire sera d'accès libre sur le site de la SFP [www.sf-phlebologie.org](http://www.sf-phlebologie.org), aussi bien pour le grand public que pour les médecins.

Le médecin sera automatiquement « désinscrit » de l'annuaire :

- S'il n'est pas à jour de cotisation fin mai de l'année en cours (réintégration au paiement)
- S'il perd son titre de membre SFP, pour quelque raison que ce soit
- S'il ne respecte pas les conditions exposées ci-dessus.

*Modèle d'attestation sur l'honneur en document joint à adresser au*

*Secrétariat de la SFP (Catherine Papazian)*

*Société Française de Phlébologie, 29 rue d'Anjou, 75008 Paris-France*

*Ou par courriel : [courrier@sf-phlebologie.org](mailto:courrier@sf-phlebologie.org)*

# CHARTRE POUR L'ANNUAIRE SFP TRAITEMENT ENDOVEINEUX THERMIQUE

## ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) .(Nom et prénom) .....

Né(e) le ..... à .....

Nationalité : .....

Spécialité (type de diplôme et année) :.....

Adresse du domicile : .....

Adresse professionnelle :.....

Adresse e-mail : .....

Téléphones fixe et portable ...../.....

Certifie sur l'honneur

1. Avoir une activité phlébologique régulière et pratiquer les traitements endoveineux thermiques (TET) des veines saphènes depuis au moins 1 an
2. Pratiquer au moins 50 actes de TET par an
3. M'engager à respecter les bonnes pratiques des TET ainsi que la pertinence des soins dans le traitement des veines saphènes et des récidives

Souhaite être inscrit(e) dans l'annuaire du site SFP dédié au traitement endoveineux thermique

Laser

Radio fréquence

Colle

Fait à ..... le .....

Signature