Page d’inscription des utilisateurs

Inscription en tant que :

1. Patient
2. Praticien hospitalier
3. Responsable d’une Structure sanitaire (il faut regrouper ici les hôpitaux, laboratoire, centre radiologique).

En sélectionnant :

1. Patient remplit fiche d’inscription

* Nom\*
* Prénom\*
* Numéro de téléphone\*
* Email
* Mot de passe\*
* Confirmer votre mot de passe\*
* J’accepte les conditions d’utilisation (vers case à cocher)

**VALIDER**

1. Praticien remplit fiche d’inscription

* Nom\*
* Prénom\*
* Numéro de téléphone\*
* Email\*
* Spécialité\*(à sélectionner)
* Etablissement de travail (Faire un système de sélection) :

En sélectionnant établissement il remplit

Etablissement 1 :

Nom de la structure

Jour(s) de travail (à sélectionner)

Heure(s) travail (à sélectionner EX :08h-12h)

Nombre consultations par jour

Etablissement 2 :

Nom de la structure

Jour(s) de travail (à sélectionner)

Heure(s) travail (à sélectionner EX :08h-12h)

Nombre consultations par jour

Etablissement 3 :

Nom de la structure

Jour(s) de travail (à sélectionner)

Heure(s) travail (à sélectionner EX :08h-12h)

Nombre consultations par jour

* Laisser un commentaire sur vous ou votre spécialité
* Mot de passe\*
* Confirmer votre mot de passe\*

J’accepte les conditions d’utilisation (vers case à cocher)

**VALIDER**

1. Responsable d’une structure sanitaire remplit fiche d’inscription

* Nom\*
* Prénom\*
* Numéro de téléphone\*
* Email\*
* Nom de votre structure
* Programme des activités (Faire un système de sélection) :

En sélectionnant établissement il remplit

Hôpitaux-Cliniques-Cabinet :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jour** | **Service** | **Heure de consultation,** | | **Médecin(s) & contact** |
|  |  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

Laboratoire d’Analyse :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Heure(s) d’ouverture** | | **Nom des laborantins** | |
| Examen biologique | Coût | | Délais d’attente |

Centre Radiologique :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Heure(s) d’ouverture** | | **Nom des Radiologue(s) & contact** | |
| **Examen biologique** | **Coût** | | **Délais d’attente** |

* Laisser un commentaire sur vous ou votre structure
* Mot de passe\*
* Confirmer votre mot de passe\*

J’accepte les conditions d’utilisation (vers case à cocher)

**VALIDER**