**Diplôme d’Études Spécialisées de Médecine intensive Réanimation**

*Région Ile de France*

*Projet de Mémoire de validation*

Promotion (année) :

Date de la demande :

|  |  |
| --- | --- |
| **Candidat·e**  Nom :  Prénom : | **Encadrant·e**  Nom :  Prénom :  Statut :  Affiliation : |

Date de la Thèse de Médecine :

Titre de la Thèse de Médecine :

Master 2 :

* Non
* Oui

date \_\_\_\_\_\_\_\_

titre \_\_\_\_\_\_\_\_

**Titre du projet**

**Résumé du projet**

*Le cas échéant, précisez dans quelle mesure le mémoire apporte des données supplémentaires si le projet reprend le travail de thèse ou de master 2.*