

FICHE D'INSCRIPTION

Habilitation aux aspirations endo-trachéales

Nom, prénom :

Situation professionnelle :

Emploi actuellement occupé : Lieu :

Service :

Formations acquises :

Diplômes, titres obtenus	Lieux et dates d'obtention

Avez-vous déjà suivi la formation en vue d'être habilité à réaliser des aspirations endo-trachéales ?

☐ Non ☐ Oui, en quelle année :

ETABLISSEMENT : (A compléter pour la prise en charge financière)

Etablissement :

Directeur :

Adresse :

Téléphone : Télécopie :

E-mail :

Responsable à contacter si besoin :

Fonction : Téléphone :

E-mail :

Autre prise en charge financière :

A titre personnel ☐
OPCA ☐ (joindre l'accord de prise en charge)

* Pièces à joindre avec la fiche d'inscription

- La convention signée en 2 exemplaires
- Fiche d'aptitude médicale et de vaccination
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation d'assurance de responsabilité civile en cours de validité

Garantissant le stagiaire des conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'il peut encourir en cas de dommages corporels ou matériels causés à des tiers du fait ou à l'occasion de sa formation tant à l'organisme de formation qu'en stage clinique.

Pour être valide, ce certificat doit être rempli dans son intégralité par votre médecin.

CERTIFICAT D'APTITUDE MEDICALE ET DE VACCINATION - HAET

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que M

☞ Ne présente pas de contre(s) indication(s) à la réalisation de stages hospitaliers ou extrahospitaliers auprès de personnes malades, âgées, handicapées ou d'enfants, porteurs d'une trachéotomie : ☐ Oui ☐ Non

☞ Est à jour des vaccinations suivantes (indiquer les dates) :

Vaccination contre la Diphtérie, le Tétanos, la Poliomyélite (D.T. POLIO)

- ▶ 1^{ère} injection :
- ▶ 2^{ème} injection :
- ▶ 3^{ème} injection :
- ▶ Rappels :

Vaccination contre la Tuberculose (BCG)

Preuve de la vaccination :

Date de la vaccination :

Cicatrice vaccinale : ☐ Oui ☐ Non

Contrôle par l'IDR :

Date du test Intradermoréaction (IDR) :

Résultat IDR : ☐ Positif ☐ Négatif et préciser la taille :

Vaccination contre l'Hépatite B

Vaccination antérieure :

- ▶ 1^{ère} injection :
- ▶ 2^{ème} injection :
- ▶ 3^{ème} injection :
- ▶ Rappels éventuels :

Dosage des anticorps anti-HBs :

Date :

Taux d'anticorps anti-HBs :

Sujet immunisé : ☐ Oui ☐ Non

Vaccination accélérée :

(Protocole en cas d'absence de vaccination)

- ▶ 1^{ère} injection à **J0** :
- ▶ 2^{ème} injection à **J7** :
- ▶ 3^{ème} injection à **J21** :

Dosage des anticorps anti-HBs :

Date :

Taux d'anticorps anti-HBs :

Sujet immunisé : ☐ Oui ☐ Non

Fait à, le

Signature et Cachet du Médecin :