

## 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 de la vaccination contre le COVID 19
- ☞ Est à jour des vaccinations suivantes (indiquer les dates) :

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

- ▶ 1<sup>ère</sup> injection : .....
- ▶ 2<sup>ème</sup> injection : .....
- ▶ 3<sup>ème</sup> 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<sup>ère</sup> injection : .....
- ▶ 2<sup>ème</sup> injection : .....
- ▶ 3<sup>ème</sup> 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<sup>ère</sup> injection à **J0** : .....
- ▶ 2<sup>ème</sup> injection à **J7** : .....
- ▶ 3<sup>ème</sup> 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 :