Institut de Formation des Ambulanciers du CHU de Rennes

Hôpital Pontchaillou 2 Rue Henri Le Guilloux 35033 RENNES CEDEX 9
Mail : ifarennes@chu-rennes.fr
Téléphone : 02-99-28-93-07

DOSSIER D'INSCRIPTION
DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER

CURSUS PARTIEL POUR LES AIDES-SOIGNANTS

IDENTITE

Mme ☐ Melle ☐ Mr ☐ NOM (en caractère d'imprimerie)_____

NOM de jeune fille (pour les femmes mariées) _____

Prénom _____

Nationalité _____

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Adresse

_____

_____

Téléphone _____Portable _____

Mail_____

EMPLOYEUR

NOM _____

Adresse_____

_____

FINANCEMENT

❑ Financement personnel

❑ Financement par un organisme, joindre une attestation de prise en charge

CONDITIONS D'ADMISSION

Dossier à renvoyer avant **le 21 Juin 2019**
Les inscriptions seront retenues par ordre d'arrivée.

CADRE LEGISLATIF

Arrêté du 18 avril 2007 modifiant l'arrêté du 26 janvier 2006 relatif aux conditions de formation de l'auxiliaire ambulancier et au diplôme d'ambulancier.
Article 20-1 : les personnes titulaires du diplôme d'aide-soignant qui souhaitent obtenir le diplôme professionnel d'ambulancier sont dispensées des unités de formation 2, 4, 5 et 7 ainsi que des épreuves de sélection prévues à l'article 7 du présent arrêté. Elles doivent suivre les unités de formation **1, 3, 6 et 8** ainsi que, le cas échéant, **les stages correspondants** à ces derniers.

PRESENTATION DE LA FORMATION

La formation comporte 315 heures effectives sur 9 semaines de formation.

Module de formation	Enseignements théoriques	Stages cliniques	Evaluation
Module 1 : Les gestes d'urgence	**3 semaines**	**2 semaines**	Pratique
Module 3 : Hygiène et prévention	**1 semaine**		Théorique et pratique
Module 6 : Sécurité du transport sanitaire	**1 semaine**	**1 semaine**	Validation stage entreprise
Module 8 : Règles et valeurs professionnelles	**1 semaine**		Epreuve orale et écrite

Les exigences du cursus partiel :
- Se soumettre au règlement intérieur
- Etre présent à la totalité des modules concernés
- Etre présent à la totalité des stages qui devront être effectués et validés avant le jury final
- Avoir satisfait aux évaluations sommatives des modules concernés

La formation se déroulera en alternance sur 5 mois du 2 Septembre 2019 au 17 Janvier 2020 en parallèle de la session en cours.

Le candidat en cursus partiel devra accepter de s'adapter à la planification prévisionnelle qui est susceptible d'évoluer selon des impératifs logistiques et les nouvelles programmations.

<u>Période prévisionnelle de présence en cours</u> :

Module 8	Du 2 au 6 Septembre 2019
Module 3	Du 9 au 13 Septembre 2019
Module 1	Du 4 au 8 Novembre 2019 Du 18 au 22 Novembre 2019 Du 2 au 6 Décembre 2019
Module 6	Du 13 au 17 Janvier 2020

Les dates exactes des périodes de cours seront communiquées à la confirmation de l'inscription.

<u>Période prévisionnelle des stages pratiques</u> :

Stage 1 : du 23 au 27 Septembre 2019
Stage 2 : du 14 au 18 Octobre 2019
Stage 3 : du 16 au 20 Décembre 2019

Le jury final ayant lieu fin Janvier 2020, l'exercice de l'activité d'ambulancier ne pourra être effectif qu'à partir de cette date.

COUT PEDAGOGIQUE DE LA FORMATION

1 300 €

Le candidat est chargé de trouver le plan de financement et de rémunération selon sa situation individuelle. Les démarches administratives sont à entreprendre auprès des différents organismes (employeur, Pôle emploi, Fongecif…) le plus rapidement possible pour la rentrée.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

❑ Dossier d'inscription complété

❑ Photocopie de la carte d'identité (recto verso)

❑ Photocopie **recto / verso du permis de conduire B** datant de plus de 3 ans (ou seulement 2 ans si vous avez fait la conduite accompagnée) conforme à la réglementation en vigueur et en état de validité

❑ Photocopie de **l'Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance** ou la photocopie du **formulaire cerfa n°14880*02** après examen médical effectué par un médecin agrée par la préfecture, dans les conditions définies à l'article R.221-10 du code de la route.

Liste des médecins agrées par la préfecture consultable sur le site de la préfecture de votre département : cliquer sur « démarches administratives », puis « permis de conduire-visite médicale ».

❑ **Un certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivré par un médecin agrée ARS** (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession) **Annexe 1**

Liste consultable sur le site de l'ARS Bretagne : cliquer sur « santé et prévention », « prendre soin de ma santé », « où me soigner en ville et à l'hôpital », « les médecins agrées ».

❑ **Un certificat médical de vaccinations** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions **d'immunisation** des professionnels de santé en France **Annexe 2**

❑ Photocopie du Diplôme Aide-Soignant

❑ Photocopie du diplôme AFGSU 2 (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgence Niveau 2)

❑ Accord de prise en charge financière par un organisme payeur le cas échéant

ANNEXE 1

POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Je soussigné(e), Docteur ……, **médecin agréé par l'ARS**, atteste que ……., ne présente pas de contre-indication à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre….).

Date :

Cachet et signature du médecin agrée par l'ARS

Signature :

Liste des médecins agrées consultable sur le site de l'ARS Bretagne : cliquer sur « santé et prévention », « prendre soin de ma santé », « où me soigner en ville et à l'hôpital », « les médecins agrées ».

ANNEXE 2

POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je soussigné(e) Docteur……

Certifie que :

Nom :……....Prénom : ……Né(e) le ……..

Candidat à l'inscription à la formation ambulancier, a été vacciné(e) :

➢ **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	**Date**	**N° lot**

➢ **Par le BCG** :

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	**Date du vaccin ou mention « non vacciné »**	**N° lot**
IDR à la tuberculine	**date**	**Résultat (*en***

➢ **Contre l'hépatite B :**

- est immunisé(e) contre l'hépatite B en référence à l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique. (cf conditions au verso)

Oui □ **non** □

-Titrage des Ac anti HBs : ……

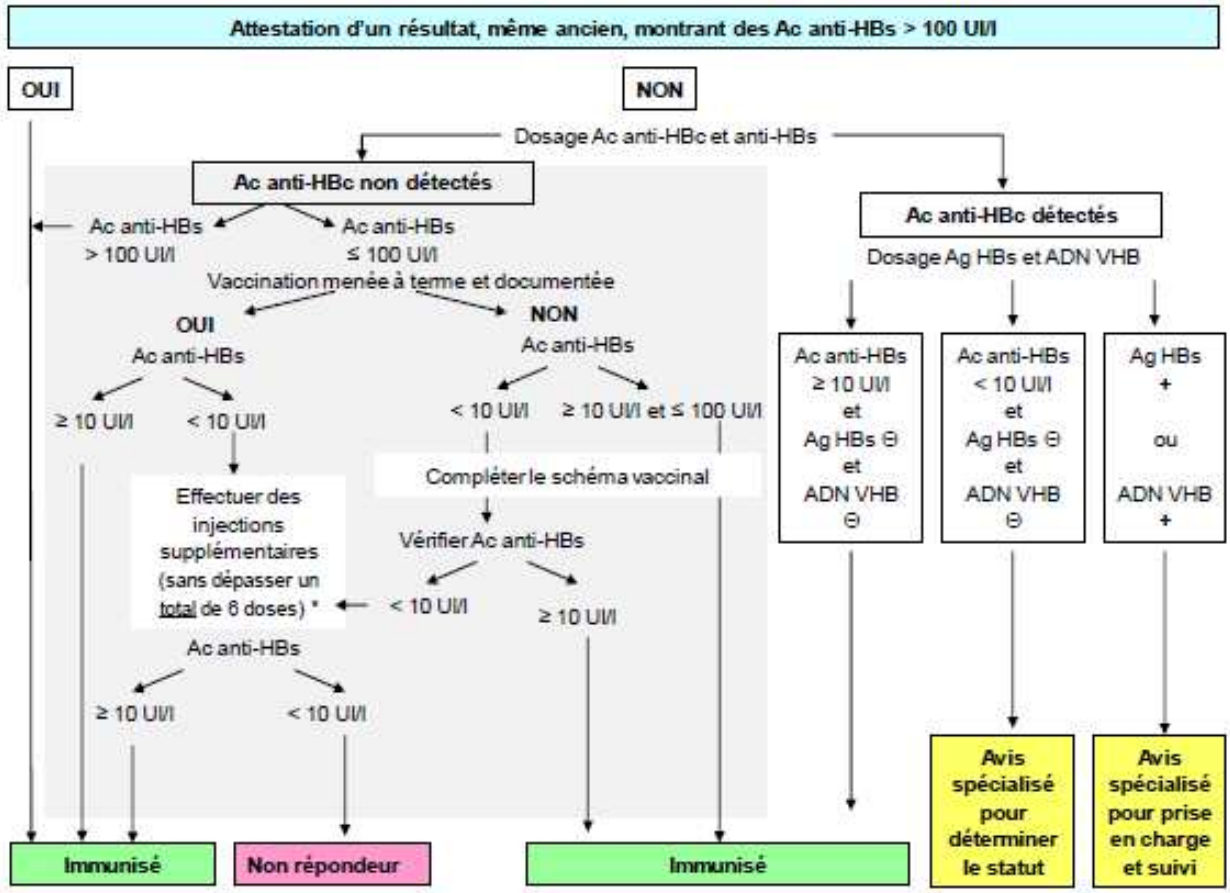
Preuve vaccinale :

Vaccinations obligatoires		**Spécialité vaccinale**	**Numéro de lot**	**Dose**	**Date**
Hépatite B (schéma à 3 injections)	1ère inj				
	2ème inj				
	3ème inj				
	4ème inj				
	5ème inj				
	6ème inj				

Le	Signature :
Coordonnées du médecin :	Tampon :

NB : *Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.*

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html)