**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)***⏵1ère injection : ⏵2ème injection : ⏵3ème injection : ⏵Rappels :  |
| ***Vaccination contre la Tuberculose (BCG)***Preuve de la vaccination :Date de la vaccination : Cicatrice vaccinale : ❒ Oui ❒ NonContrôle par l’IDR :Date du test Intradermoréaction (IDR) : Résultat IDR : ❒ Positif ❒ Négatif et préciser la taille :  |
| ***Vaccination contre l’Hépatite B***  |
| Vaccination antérieure :⏵1ère injection  : ⏵2ème injection : ⏵3ème 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) ⏵1ère injection à **J0**  : ⏵2ème injection à **J7**  : ⏵3ème 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 :**