



Formation

croix-rouge française

PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



FORMATION

AUXILIAIRES AMBULANCIERS

DOSSIER D'INSCRIPTION



INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET SOCIAL MIDI-PYRENEES

Institut de Formation d'Ambulancier

Maison St Pierre - Avenue de St Pierre – 12000 RODEZ

Tél. : 05.65.68.36.47 / Fax : 05.65.68.24.18

Mail : ifas.rodez@croix-rouge.fr

Site : www.irfss-midi-pyrenees.croix-rouge.fr



FICHE DE FORMATION

L'ensemble de la formation comprend 70 heures d'enseignement théorique et pratique en institut de formation et école de conduite automobile.

Domaine professionnel : SANTÉ

Filière de formation : SANITAIRE – MÉDICO TECHNIQUE

Niveau : V bis

Emploi type : AUXILIAIRE AMBULANCIER

Objectif global de la formation :

Assurer la conduite du véhicule sanitaire léger ou être l'équipier de l'ambulancier, dans l'ambulance.
Cette formation porte sur l'hygiène, la déontologie, les gestes de manutention, les règles du transport sanitaire et sur les gestes d'urgence.

Programme :

Missions de l'Auxiliaire Ambulancier

- . Composition de l'équipage et rôle de l'Auxiliaire Ambulancier
- . Organisation des secours : le SAMU, les Sapeurs Pompiers, rôle du centre 15
- . Les situations d'exception, plans de secours

Aspects juridiques, déontologiques et administratifs

- . Le secret professionnel, obligation, responsabilité
- . Documents administratifs obligatoires
- . Facturation

Conduite et transport Sanitaire

- . Actualisation des connaissances relatives au code de la route et à la réglementation

Techniques de relevés, manutention, brancardage

- . Principes d'ergonomie

Les gestes et soins d'urgence avec validation GSU II

- . Prise en charge d'une Réanimation Cardio-Pulmonaire en équipe avec matériel

Le Défibrillateur Semi-Automatique (D.S.A.)

Hygiène : Règles d'hygiène

- . Hygiène corporelle (lavage des mains, port de gants à usage unique)
- . Désinfection du matériel

Méthodes Pédagogiques :

- . Approche théorique
- . Approche pratique en travail de groupe
- . Mise en situation à partir de simulations et de gestion de cas concrets

Intervenants :

- . Médecin
- . Infirmière D.E.
- . Ambulancier professionnel en activité
- . Chef d'entreprise de transport sanitaire
- . Juriste, Directrice d'un établissement de santé
- . Moniteurs auto-école

Public :

- . Tout public titulaire d'un permis de conduire conforme à la législation en vigueur et désireux d'intégrer des équipes d'ambulanciers évoluant dans le secteur privé.

Validation :

A l'issue des épreuves de validation des compétences, le stagiaire reçoit l'Attestation de Formation d'Auxiliaire Ambulancier ;

La validation des compétences est réalisée à partir d'évaluations formatives (manutention, hygiène) et sommatives (QCM).

Durée :

70 heures, programmées sur 2 semaines consécutives (du lundi au vendredi).

Coût :

Nous contacter

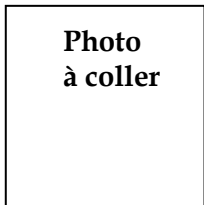
MODALITES D'INSCRIPTION

Compléter les rubriques de la fiche d'inscription et joindre toutes les pièces demandées.

Le dossier doit nous parvenir par courrier en un seul envoi avec les 9 éléments demandés pour être pris en compte.

Tout dossier incomplet ne sera pas traité.

- Les dossiers complets sont pris par ordre d'arrivée.
- Le nombre de places est de 20 stagiaires maximum par session.



FICHE D'INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER

- Mme/Mlle M.
 célibataire marié(e) pacs concubinage divorcé(e) séparé(e) veuf (veuve)

NOM NOM DE JEUNE FILLE

PRENOMS

DATE DE NAISSANCE LIEU et Dpt.....

NATIONALITE

ADRESSE.....

CODE POSTAL VILLE

TELEPHONE FIXE MOBILE.....

ADRESSE ELECTRONIQUE

PERMIS DE CONDUIRE Catégorie B délivré le :

ATTESTATION PREFECTORALE d'Aptitude à la conduite des ambulances obtenue le :.....

DIPLÔME(S) SCOLAIRES OBTENUS

EMPLOI DEJA EXERCE (**A remplir obligatoirement**) :

ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT SALARIÉ(E)? OUI NON CDI CDD AUTRE...

CONTRAT DU..... AU.....

SI NON : N° d'inscription à Pôle emploi :Date d'inscription à Pôle emploi.....

Date :
Signature :

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Médecin : NOM Prénom
Titre et qualification
Adresse
Téléphone

Lieu, date

Je soussigné(e) Docteur
NOM

Prénom

certifie que M/Mme
né(e)

Candidat(e) à l'inscription à (*entourer la filière choisie*) :

- Professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage femme ou pharmacien ;
- Autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, auxiliaire ambulancier, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologie, technicien en analyse biomédicales.

a été vacciné(e) :

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

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*raier les mentions inutiles*) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur(se) à la vaccination : oui non

- **Par le BCG** (*obligatoire aussi pour d'autres filières d'études*) :

Vaccin intradermique ou Monovax [®]	Date (dernier vaccin)	N° lot

IDR à la tuberculine	date	Résultat (en mm)

Signature et cachet du médecin (obligatoires)

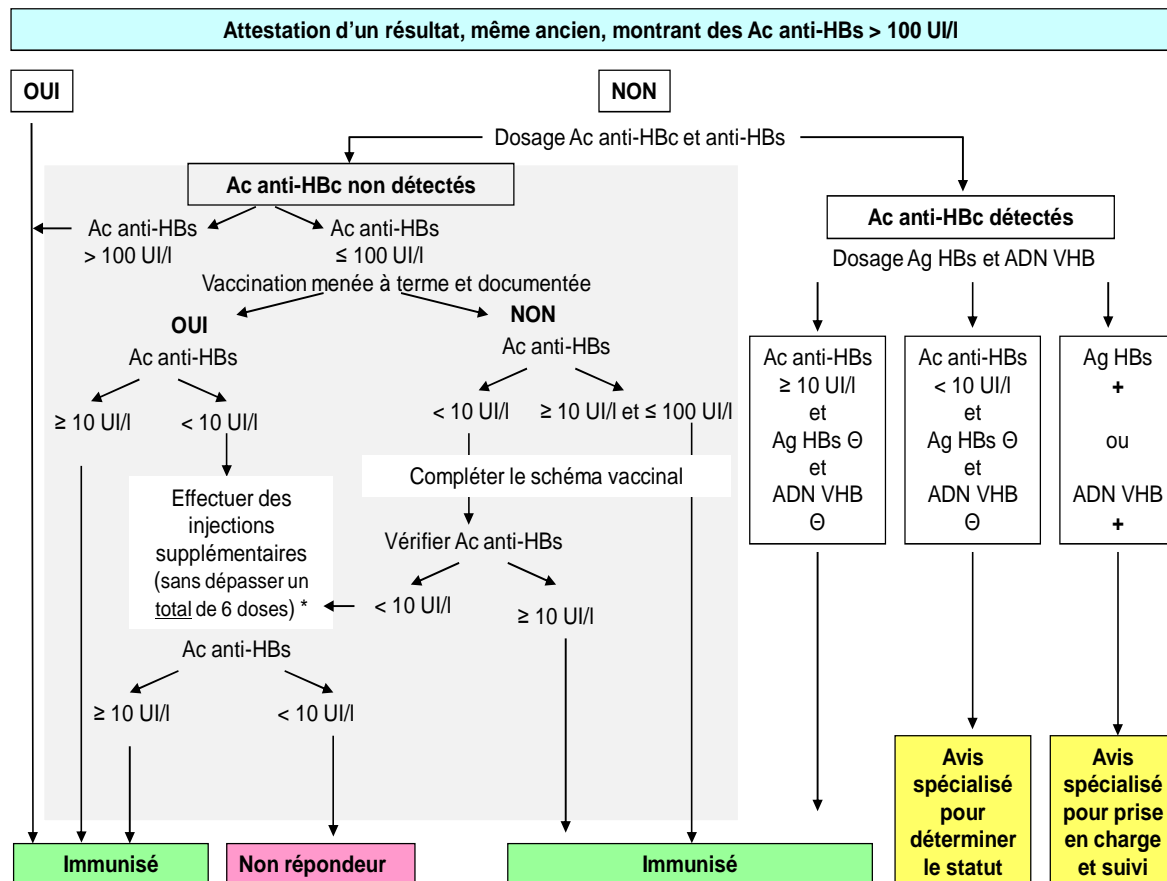
Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

NOTE D'INFORMATION

Selon l'arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique, vous avez l'obligation de fournir et d'être à jour des vaccinations suivantes :

- **Hépatite B,**
- **BCG,**
- **DT Polio**

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 02/08/13



* 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>

**CERTIFICAT MEDICAL
DE NON CONTRE-INDICATION A LA PROFESSION D'AMBULANCIER
(arrêté du 26 janvier 2006 paru au JO du 25 février 2006)**

Je, soussigné(e), Docteur..... (médecin agréé par la
Direction Départementale de la Cohésion Sociale), certifie avoir examiné ce jour

M

J'atteste que le (la) candidat(e) ne présente aucun problème locomoteur, psychique, aucun handicap incompatible avec la
profession d'ambulancier : handicap visuel, auditif, amputation d'un membre...

Fait à, le

**Cachet et signature obligatoires
du médecin agréé
par la Direction Départementale
de la Cohésion Sociale**

ELEMENTS A JOINDRE A LA FICHE D'INSCRIPTION

- 1 - 3 timbres autocollants à 0,85 € (tarif au 1^{er} janvier 2017) ;
- 2 - La fiche d'inscription ci-jointe, dûment complétée ;
- 3 - Une photocopie **recto-verso** de votre permis de conduire catégorie B en cours de validité (dont la **période probatoire est expirée**) ;
- 4 - Une photocopie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite des ambulances délivrée après examen médical, par un médecin **agréé par la Préfecture** ;
- 5 - Le certificat médical **original, ci-joint** de non contre-indication à la profession d'ambulancier, complété **par un médecin agréé par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale (contrôle médical)** voir sur internet la liste des médecins agréés de votre département ;
- 6 - L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires ci-jointe conforme à la réglementation en vigueur complétée par le médecin de votre choix (**l'immunité doit être acquise au moment de l'inscription**) ;

Les photocopies de certificats médicaux et de carnets de vaccinations ne sont pas acceptées.

7 - L'original d'une attestation de Responsabilité Civile **en cours de validité** précisant que vous êtes garanti(e) par celui-ci, lors de la formation, pour l'ensemble des risques suivants : **Accidents corporels causés aux tiers, Accidents matériels causés aux tiers, Dommages immatériels (à demander auprès de votre assureur ; toutes ces mentions doivent apparaître sur l'attestation)** ;

8 - Un chèque de 30 €, correspondant aux frais de dossier, libellé à l'ordre de : *IRFSS de la Croix-Rouge Française* ; **En cas de désistement, quel qu'en soit le motif, les frais de dossier ne seront pas remboursés.**

9 - Un chèque correspondant aux frais de formation (nous contacter), libellé à l'ordre de : *IRFSS de la Croix-Rouge Française.*

Les mandats ne sont pas acceptés. L'attestation de formation d'Auxiliaire Ambulancier ne sera délivrée qu'aux stagiaires ayant suivi la totalité de la formation et validé les compétences acquises, et à jour de leurs vaccinations.

Dossier complet à renvoyer par courrier à :

Croix-Rouge Française
Institut de Formation d'Ambulanciers
Formation d'Auxiliaires Ambulanciers
Maison St Pierre – Plateau de Bourran
Avenue de St Pierre – 12000 RODEZ