



Formation

croix-rouge française
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



FORMATION

AUXILIAIRES AMBULANCIERS

DOSSIER D'INSCRIPTION



**INSTITUT REGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET
SOCIAL OCCITANIE**
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 : <http://irfss-occitanie.croix-rouge.fr/>



FICHE DE FORMATION

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

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 :

- . Cours théorique
- . Travaux pratiques
- . Mises 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

Les dossiers sont pris en compte par ordre d'arrivée
(un mois avant le début de la session les dossiers
doivent être complets).

Dans un premier temps, vous pouvez nous faire
parvenir les éléments 1 – 2 – 3 – 7 et 8 (voir fiche
récapitulative en fin de dossier).

Le dossier doit nous parvenir
par courrier simple

Ne pas envoyer en recommandé

Le nombre de places est de 20 stagiaires par session.

Photo
à coller

FICHE D'INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER

Mme/Mlle M.

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

Je soussigné(e) Docteur

Titre et qualification

Adresse

Téléphone

Lieu, date

certifie que M/Mme

NOM

Prénom

né(e) le

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-podologue, 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 (*ayer les mentions inutiles*) :

Date 1 ^{ère} injection	Date 2 ^{ème} injection	Date 3 ^{ème} injection

- 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)

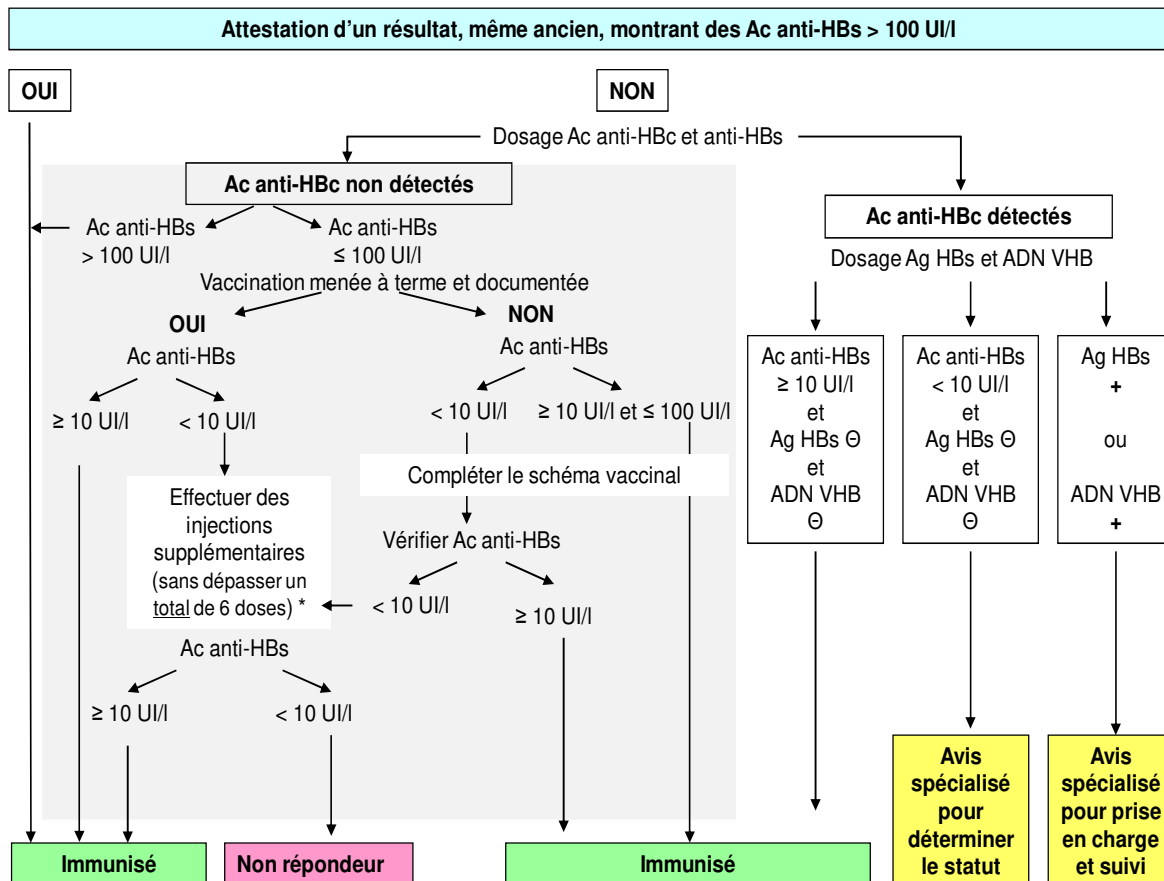
Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

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 tuberculitiques
- 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
- Arrêt2 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**

RECAPITULATIF DES ELEMENTS A JOINDRE A LA FICHE D'INSCRIPTION

- 1 – 3 timbres autocollants de 20gr au tarif en vigueur ;
- 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 - 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.**

8 - 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.

Vous devez avoir souscrit **un contrat d'assurance de Responsabilité Civile en cours de validité** précisant que vous êtes garanti(e) tant lors du stage que des trajets occasionnés 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.** (A vérifier auprès de votre assureur).

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