CHU BDX CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX

CONSTITUTION D'UN DOSSIER D'ENREGISTREMENT

INTERNE DE SPECIALITES : MEDECINE GENERALE

- Toutes les pièces sont à fournir en **un exemplaire** au CHU de Bordeaux par courrier (adresse ci-dessous)

avant le 1er OCTOBRE 2023

- Vous devez conserver un exemplaire complet de ce dossier. Après chaque choix, vous devez envoyer,dès connaissance de votre affectation, votre dossier au Centre Hospitalier dans lequel vous êtes nouvellement affecté (à défaut, vous ne serez pas rémunéré).

1° La **fiche de renseignements** ci-jointe ;

2° Une **photocopie de la pièce d'identité** (acte de naissance pour les personnes nées hors de France Métropolitaine) ;

3° Un **extrait n° 3 du casier judiciaire datant de moins de trois mois**, à demander :
➢ par Internet au : https://casier-judiciaire.justice.gouv.fr ;

4° Un **certificat médical délivré par un médecin des hôpitaux** (*Chef de Clinique, Praticien, Chef de Service...*) attestant que l'intéressé(e) *"remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières auxquelles il ou elle postule"*

5° Un **certificat médical** attestant que l'intéressé(e) remplit les conditions exigées par la réglementation en vigueur relative à l'immunisation obligatoire contre certaines maladies (poliomyélite, tétanos, diphtérie, tuberculose, hépatite B) ;

Ces certificats n°4 et n°5 doivent obligatoirement figurer dans votre dossier d'enregistrement, à ne pas confondre avec la fiche médicale confidentielle.

6° Une photocopie de l'attestation d'ouverture de droits ou photocopie lisible de **la Carte Vitale** ;

7° Un **relevé d'identité bancaire ou postal** (et non un chèque annulé, qui ne permet pas d'assurer la prise en compte des traitements).

8° Une **photo d'identité**

Dossier à envoyer impérativement à l'adresse suivante

avant le 1er OCTOBRE 2023

DIRECTION GENERALE du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX
Direction des Affaires Médicales (Gestion des Internes)
Equipe Juniors
12 rue Dubernat
33404 - TALENCE CEDEX
☎ *05.56.79.53.05 ou 05.56.79.53.07*

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Interne de spécialités :
- MEDECINE GENERALE -

NOMS & PRENOMS .....

NOM D'EPOUSE .....

DATE et LIEU DE NAISSANCE .....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE .....

ADRESSE (N° RUE .....

(DEPT - VILLE .....

N° TELEPHONE Fixe : ..... Portable : .....

ADRESSE ELECTRONIQUE .....@.....

NATIONALITE .....

SITUATION DE FAMILLE Célibataire - Marié - Séparé - Divorcé - Veuf - Concubin

NOM et Prénom du conjoint .....

Profession du conjoint .....

Employeur du conjoint .....

PUBLIC - PRIVE - C.H.U. - AUTRE (à préciser) .....

ENFANTS Prénom ..... Date de Naissance .....

Prénom ..... Date de Naissance .....

(joindre justificatif : photocopie acte de naissance ou livret de famille)

==========

Références bancaires : à compléter obligatoirement ***<u>et joindre le RIB</u>***

Banque.....

Code banque : ..... Code guichet : .....

N° de compte : .....clé .....

IBAN .....

==========

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NEE HORS DE FRANCE METROPOLITAINE qu'il s'agisse de personne de nationalité Française ou Etrangère :

. PAYS DE NAISSANCE DE L'ASSURE .....

. NOM & PRENOM DU PERE .....

. NOM DE JEUNE FILLE & PRENOM DE LA MERE .....

==========

JE M'ENGAGE A RESPECTER LES REGLEMENTS EN VIGUEUR DANS LES ETABLISSEMENTS OU J'EFFECTUERAI MES DIFFERENTS STAGES.

A ....., le .....

Signature

Dr Sylvie OLLIVIER
Médecin du Service Santé au Travail
Direction Générale du CHU de Bordeaux
12 rue Dubernat
33404 TALENCE
Tél : **05 56 79 53 11** - Fax : **05 56 79 48 82**

MERCI DE TENIR COMPTE DES INFORMATIONS CONCERNANT VOTRE FICHE MEDICALE

Mesdames, Messieurs,

Vous allez être affecté(e) au CHU de Bordeaux en **2023**. Aussi, nous vous transmettons une fiche médicale confidentielle et vous demandons de :

- ➔ **Remplir lisiblement** votre Nom – Prénom – Date de naissance… ,
- ➔ **Prendre rendez-vous avec votre médecin traitant** afin qu'il complète la partie vaccinale, la signe et appose son tampon
- ➔ **Réaliser une sérologie complète Hépatite B**, si vous n'en avez pas.

Avant votre prise de fonction, vous devez impérativement nous adresser aux mails suivants :
sylvie.ollivier@chu-bordeaux.fr et isabelle.jato@chu-bordeaux.fr

- ➔ **votre fiche médicale** complétée et signée
- ➔ **votre sérologie complète HEPATITE B** quelle que soit la date (document **OBLIGATOIRE)**
- ➔ **Préciser sur l'objet** de votre mail : **votre fonction – votre spécialité**
  (exemple : 2021-Interne, 2021-Etudiant médecine, 2021-Etudiant Odontologie, 2021-Etudiant pharmacie, 2021-Etudiant sage-femme…).

En vous remerciant,
Cordialement.

Docteur Sylvie OLLIVIER
Centre Hospitalier Universitaire de BORDEAUX
Service de Médecine du Travail
Docteur S. OLLIVIER
12, rue Dubernat
33404 TALENCE CEDEX
Tél. 05 56 79 53 11

Réalisation : département communication
ARS Nouvelle-Aquitaine (2023)

- Inscription des étudiants en santé -
Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : INTERNE ...
- ☐ Médecine
- ☐ Odontologie
- ☐ Pharmacie
- ☐ Sage-femme

ou Institut de formation : .....

Année d'admission : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Département de naissance : .....

Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....

NOM de naissance : .....

Date de naissance : .. / .. / ....

Email : .....

Code postal lieu de résidence : .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. **Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription** *(article L3111.4 du Code de la Santé Publique).*

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage _____
Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / .... Nom : .....

Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / .... Nom : .....

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :
1) **Ac anti-HBs** > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
2) **Ac anti-HBs** ≥ 10 UI/l et **Ac anti-HBc** négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :
- **soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose**
- **soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois**
- **soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an**

} **avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg**

- **Première dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Deuxième dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Troisième dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Injections supplémentaires =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
  => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  => Date : .. / .. / .... Nom : .....

Covid-19*

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / .... **Première dose =>** Date : .. / .. / .... **Deuxième dose =>** Date : .. / .. / .... **Rappel =>** Date : .. / .. / ....

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :
- ☐ **Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ...**
- ☐ **Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable**

Personnes nées depuis 1980 :
- ☐ **vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD**

Schéma vaccinal :
- **Première dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Deuxième dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....

Varicelle

- ☐ **Antécédent de maladie**
- ☐ **Pas d'antécédent ou doute**

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée
- **Première dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Deuxième dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / .... Nom : .....

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1er avril 2019)

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

** Obligatoire*

***** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.***