

CONSTITUTION D'UN DOSSIER D'ENREGISTREMENT

INTERNE en PHARMACIE

- Toutes les pièces sont à fournir en 1 exemplaire au CHU de Bordeaux plus 1 exemplaire à votre CHU de rattachement, par courrier.

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 attestant qu'ils remplissent les conditions exigées par la réglementation en vigueur relative à l'immunisation obligatoire contre certaines maladies (poliomyélite, tétanos, diphtérie, tuberculose, hépatite B);
- 5° Un certificat médical délivré par un médecin des hôpitaux (Chef de Clinique, Praticien, Chef de Service...) attestant que l'intéréssé(e) "remplit les conditions d'aptitude physique et mentale pour l'exercice des fonctions hospitalières auxquelles il ou elle postule"

Ces pièces 4 et 5 dovent obligatoirement figurer dans votre dossier administratif, et ne font pas double emploi avec la « Fiche médicale confidentielle » ;

- 6° Une photocopie lisible de la carte Vitale (ou de l'attestation d'ouverture de droits);
- 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 1^{er} OCTOBRE 2023

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

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

- Interne en Pharmacie -

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)
<u>ENFANTS</u>	Prénom Date de Naissance
	Prénom Date de Naissance
	(joindre justificatif : photocopie acte de naissance ou livret de famille)
Références bancaires : à compléter d	obligatoirement <u>ET joindre le RIB</u>
Code banque :	Code guichet :
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENT METROPOLITAINE qu'il s'agisse de p . PAYS DE NAISSANCE DE L'ASSUF . NOM & PRENOM DU PERE . NOM DE JEUNE FILLE & PRENOM	TAIRES CONCERNANT LA PERSONNE NEE HORS DE FRANCE Dersonne de nationalité Française ou Etrangère : RE
	REGLEMENTS EN VIGUEUR DANS LES ETABLISSEMENTS OU STAGES.
	A, le ,, le ,



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.

<u>Avant votre prise de fonction</u>, 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











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

I folio illouit	alo a fallaoi pai ali	mododin		
	IOM :	NOM de naissance :		
	Prénom :	Date de naissance : / /		
□ Pharmacie□ Sage-femme	ėl. :	Email:		
. 0	Département de naissance :			
Année d'admission :	Commune de naissance ou pays si	né(e) à l'étranger :		
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 obli gatoires, 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**, el 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 <u>Le médecin n'a rien de plus à compléter.</u> Joindre uniquement les <u>résultats demandés sous pli confidentiel</u> .				
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/I (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats) 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/I 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 - Première dose => Date : . / . / Nom :				
Covid-19*				
Antécédent de COVID => Date : / / Première dose => Date : / / Deuxième dose => Date : / / Rappel => Date : / /				
Rougeole-Oreillons-Rubéole (I	(OR) Varicelle	Antécédent de maladie Pas d'antécédent ou doute		
Personnes nées avant 1980 : Antécédent de rougeole => Date : / / Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommand 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 :	Si sérologie négative - Première dose => D - Deuxième dose => I	eu doute => Sérologie à faire => Vaccination recommandée ate : / / Nom :		
Méningocoque C				
Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : / Nom :				
Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1 ^{er} avril 2019)				
Je, soussigné Dr	certifie que les renseig	nements inscrits ci-dessus sont exacts.		
Fait le :				
Signature et cachet du praticien :		igatoire		
orginature et cachet un praticien :		us vous rappelons que tous les éléments ndés doivent être joints sous pli confidentiel.		