

**CONSTITUTION D'UN DOSSIER
D'ENREGISTREMENT**

INTERNE en ODONTOLOGIE

- Toutes les pièces sont à fournir en **1 exemplaire au CHU de Bordeaux** plus 1 exemplaire à votre CHU de rattachement, par courrier (adresse ci-dessous)

avant le 1^{er} OCTOBRE 2022

- 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 pièces 4 et 5 doivent obligatoirement figurer dans votre dossier administratif, et ne font pas double emploi 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 1^{er} OCTOBRE 2022

DIRECTION GENERALE du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

Direction des Affaires Médicales (Gestion des Internes)

Claire GODARD / Victoria MARRO

12 rue Dubernat

33404 - TALENCE CEDEX

☎ 05.56.79.53.05 ou 05.56.79.53.07

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

- Interne d'Odontologie -

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 **et joindre le RIB***

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 **2022**. 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

- **vosre fiche médicale** complétée et signée
- **vosre sérologie complète HEPATITE B** quelle que soit la date (document **OBLIGATOIRE**)
- **préciser sur l'objet** de votre mail : **vosre fonction – vosre spécialité**
(exemple : 2022-Interne, 2022-Etudiant médecine, 2022-Etudiant Odontologie, 2022-Etudiant pharmacie, 2022-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

Filière universitaire : **NOM :** **NOM de naissance :**
 Médecine **Prénom :** **Date de naissance :** .. / .. /
 Odontologie **Tél. :** **Email :**
 Pharmacie **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**
 Sage-femme **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :**
ou Institut de formation : **Année d'admission :**

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 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an }
 - 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 1^{er} avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

BCG

=> Date : .. / .. /

Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation

(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

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.