

**CONSTITUTION D'UN DOSSIER D'INSCRIPTION**

**INTERNE de SPECIALITE**

**Subdivision Ocean Indien**

- **Toutes les pièces sont à fournir en un EXEMPLAIRE au CHU de Bordeaux .**
- **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 **carte 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 : [www.cjn.justice.gouv.fr](http://www.cjn.justice.gouv.fr) ;
  - ou par écrit au : CASIER JUDICIAIRE NATIONAL - 107 rue du Landreau - 44079 Nantes cedex ;  
(compte-tenu des délais d'obtention de ce document, il pourra être adressé ultérieurement)
- 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» (page 4), uniquement destinée et transmise par nos soins au médecin du travail du C.H.U.)
- 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

**Ces dossiers sont à retourner IMPERATIVEMENT avant le 08 octobre 2017 à l'adresse suivante**

DIRECTION GENERALE du C.H.U. DE BORDEAUX  
Direction des Affaires Médicales (Gestion des Internes)  
Séverine DEMBRONT  
12 rue Dubernat  
33404 - Talence cedex  
☎ 05.56.79.53.05

Prévoir l'envoi d'un 2<sup>ème</sup> exemplaire à votre établissement d'affectation, s'il est différent du CHU de Bordeaux

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

**Interne de Spécialités OCEAN INDIEN**

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, joindre le RIB ou RIP**

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

**FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE**

Lors de votre affectation **au C.H.U. de BORDEAUX**, vous devrez impérativement faire compléter par un médecin la fiche médicale ci-jointe, et nous la retourner avant votre prise de fonctions, sous double enveloppe cachetée à l'adresse suivante :

*DIRECTION GENERALE DU C.H.U. DE BORDEAUX  
Direction des Affaires Médicales (Bureau des internes)  
12 rue Dubernat*

*33404 – TALENCE CEDEX*

L'enveloppe intérieure, cachetée, devra porter les mentions suivantes :

- «fiche médicale confidentielle»
- nom et prénom
- interne de spécialités
- le service d'affectation du semestre concerné (si choix effectué)

cette enveloppe étant ensuite transmise par nos soins au médecin du travail.



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

**Filière universitaire :** ..... **NOM :** ..... **NOM de jeune fille :** .....  
 Médecine **Prénom :** ..... **Date de naissance :** .. / .. / ....  
 Odontologie **Tél. :** ..... **Email :** .....  
 Pharmacie **Année d'admission :** ..... **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :** .....  
 Sage-femme **ou Institut de formation :** ..... **Département de naissance :** ..... **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](http://www.mesvaccins.net) et validé par un médecin. 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 médecin : 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\*

**Rappel des conditions d'immunisation :**

- 1) **Ac anti-HBs** > 100 UI/l (quel que soit l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) **Ac anti-HBs** ≥ 10 UI/l et **Ac anti-HBc** négatif (si schéma vaccinal complet)

*Joindre les résultats\*\**

**Schéma complet :**

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B)
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B)
  - Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - => Date : .. / .. / .... Nom : .....

## Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- 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

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

## Tuberculose\*

Si présence d'une cicatrice vaccinale ou antécédent de vaccination ou IDR positive => **Pas de vaccination**

### BCG

=> Date : .. / .. / ....

### Test tuberculinique (IDR)

Une valeur de référence est indispensable (quelque soit la date)

- Taille de l'induration en mm :

**Radio pulmonaire** de moins de 2 ans :  
 (à l'entrée dans la filière de formation)

*Joindre le résultat\*\**

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

Fait le : \_\_\_\_\_ Signature et cachet du praticien :

\* Obligatoire

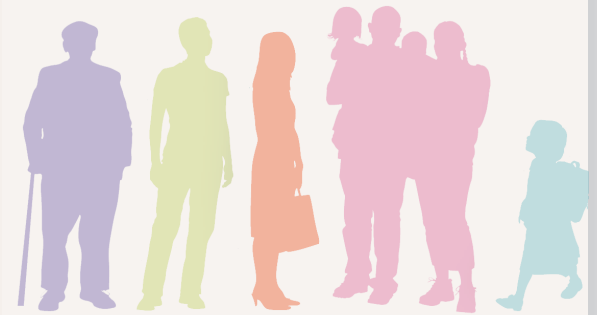
\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.

# Suis-je à jour de mes vaccinations ?

## Bonne question !... Car c'est indispensable pour mon inscription.

Vous envisagez d'exercer un métier dans le domaine de la santé ? Pour cela, il est indispensable que vous soyez vaccinés.

La vaccination est utile pour soi mais aussi pour protéger les autres, notamment les personnes les plus fragiles. Ainsi, la vaccination vous protège contre certaines maladies infectieuses et protégera également les patients auprès desquels vous interviendrez.



Attention : n'attendez pas les résultats des concours, faites vérifier vos vaccins par un médecin car être correctement vacciné peut prendre plusieurs mois.

Voici la liste des vaccins à faire\* :

<b>BCG</b>	Obligatoire
<b>Coqueluche</b>	Recommandé
<b>Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite</b>	Obligatoire
<b>Grippe saisonnière</b>	Recommandé
<b>Hépatite B</b>	Obligatoire
<b>Méningocoque C</b>	Recommandé
<b>Rougeole - Oreillons - Rubéole (ROR)</b>	Recommandé
<b>Varicelle</b>	Recommandé

Tous ces vaccins sont jugés comme indispensables compte tenu du milieu professionnel dans lequel vous envisagez d'évoluer. Certains conditionnent votre entrée dans votre formation ainsi que la réalisation de vos stages programmés dans le cadre de votre cursus.

\* Source : Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2016

A l'issue du concours, si vous êtes admis, vous devez impérativement remettre dans votre dossier d'inscription de formation la fiche vaccination complétée par un médecin.

Celle-ci peut être remplie de manière simplifiée si vous créez votre carnet de vaccination électronique sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et le faites valider par votre médecin (ou le médecin universitaire ou le médecin du travail) : il sera partagé entre vous et ces professionnels de santé.