

DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATION AUXILIAIRE AMBULANCIER

Session 2024

□ Printemps 2024 - Du 24 juin au 10 juillet 2024

□ Automne 2024 - Du 25 novembre au 11 décembre 2024

Contact: Secrétariat IFA

2 02 99 17 73 68

 IFPS Fougères - IFA ZA de la Grande Marche 6, rue Claude Bourgelat 35133 JAVENE

Présentation de la formation

C'est l'arrêté du 11 avril 2022 qui fixe les conditions de l'attestation d'auxiliaire ambulancier.

Cette formation est délivrée par les instituts de formation autorisés pour la formation au diplôme d'Etat d'ambulancier.

- La formation permet l'acquisition de plusieurs compétences :
- L'hygiène,
- Les principes et valeurs professionnelles
- La démarche relationnelle envers les membres de l'équipe et les patients (la communication)
- Les gestes de manutention,
- Le brancardage
- Les règles du transport sanitaire.
- ♣ La formation permet d'obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2

Durée de la formation :

La formation comprend 70 heures d'enseignement théorique et pratique et 21 heures d'enseignement permettant d'obtenir l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence de niveau 2.

Les cours sont assurés du lundi au vendredi de 9h à 17h tous les jours.

Présence à l'école:

La présence est <u>obligatoire</u> à toute la formation et conditionne entre autres la validation des compétences. Formation à temps plein de 13 journées pour un total de 70 heures + 21 heures.

Les objectifs:

L'auxiliaire ambulancier est habilité à assurer la conduite du véhicule sanitaire léger et de l'ambulance. Il peut également être l'équipier de l'ambulancier dans l'ambulance.

- Connaître les obligations et limites de l'auxiliaire et de l'ambulancier
- Connaître les principes de base de l'hygiène à respecter lors des transports sanitaires
- Connaître les règles de déontologie de l'ambulancier
- Connaître les règles de fonctionnement du transport sanitaire
- Réaliser les gestes d'urgence en vue de l'obtention de l'AFGSU 2
- Utiliser les règles de base de manutention

La validation de la formation :

L'évaluation des compétences acquises se fera sur :

- Un contrôle continu d'évaluations des pratiques au cours de mises en situations de soins d'urgence et de manutention
- Un contrôle écrit sur l'ensemble des thèmes enseignés

Si les objectifs ne sont pas validés au cours des 70 heures + 21 heures, le candidat devra suivre tout ou une partie d'une deuxième session.

Les conditions d'inscription

Aucun niveau de formation n'est exigé pur suivre cette formation.

Pour être admis en formation d'auxiliaire ambulancier, fournir impérativement un dossier d'inscription complet.

Tout dossier incomplet au dépôt sera renvoyé à l'expéditeur.

ACCEPTATION D'INSCRIPTION

Le dossier complet peut être envoyé <u>par courrier ou déposé dans la boite aux lettres de l'IFPS</u>:

Institut de Formation des Ambulanciers

ZA La Grande Marche

6, rue Claude Bourgelat

35133 JAVENE

- Les inscriptions sont retenues par ordre d'arrivée des dossiers <u>COMPLETS</u>.
- Une liste d'attente sera constituée par ordre d'arrivée des dossiers.
- Un accusé de réception de votre dossier est envoyé par mail à chaque candidat.

DATES DES SESSIONS 2024 (15 personnes)

Du 24 juin au 10 juillet 2024

Du 25 novembre au 11 décembre 2024

Les conditions financières et matérielles

Le coût de la formation :

Le coût de l'inscription et de la gestion du dossier est de 26 $\ensuremath{\varepsilon}$.

Le tarif 2024 de la formation est de 775 €.

La totalité de la formation sera réglée lors de l'entrée en formation.

Financement:

Les démarches administratives sont à entreprendre auprès des différents organismes (employeur, pôle emploi...) le plus rapidement possible.

La formation auxiliaire ambulancier n'est pas éligible au Compte Personnel de Formation (CPF) pour l'année 2024.

Conditions matérielles :

Les repas du midi peuvent être pris sur place. (Réfrigérateurs et micro-ondes)

Pas d'internat, mais des offres de logements sont à dispositions au secrétariat de l'Institut.



FICHE D'INSCRIPTION AUXILIAIRE AMBULANCIER

ETAT CIVIL	
NOM:PRENOM:	
NOM USAGE :	
DATE DE NAISSANCE : DEPARTEMENT :	
ADRESSE:	
CODE POSTAL :VILLE :	
TELEPHONE FIXE : MOBILE :	
ADRESSE MAIL (obligatoire):	
SEXE : Féminin □ Masculin □	
SITUATION FAMILIALE:	
Célibataire \square Concubin(e) \square Marié(e) \square Pascé(e) \square Veuf(ve) \square Divorcé(e) \square	
Nombre d'enfant(s) à charge :	
DIPLOMES	
Diplômes scolaires obtenus (si bac précisez la série) :	
FINANCEMENT	
Demandeur d'emploi : Oui □ Non □ Si oui précisez : N° identifiant :	
Prise en charge de la formation :	
Moi-même □ Entreprise □ Organisme □	
Merci de préciser l'adresse de l'entreprise ou de l'organisme :	
Raison sociale :	
Adresse:	
Téléphone :	
AUTRES INFORMATIONS	
Date du permis de conduire :	
Signature du candida	t

Cadre réservé à l'administration						
	Fiche d'inscription		Attestation préfectorale		Enveloppe format A4	
	Carte d'identité		Certificat médecin agrée		Enveloppe 110x220	
	Permis B obtenu le :		Certificat vaccination		Chèque de 26€	

Pièces à fournir au dossier d'inscription

□ La fiche d'inscription complétée et signée.
 Une photocopie de la carte d'identité (recto verso), ou du passeport ou du titre de séjour (en cours de validité)
□ La photocopie recto-verso du permis de conduire B de plus de 3 ans à la date d'entrée en formation, ou 2 ans si conduite accompagnée (joindre copie de l'attestation justifiant de la conduite accompagnée), conforme à la législation en vigueur et en état de validité. La suspension du permis de conduire rend toute scolarité impossible le temps de la période et annule votre formation.
□ Une <u>photocopie</u> de l'Attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance ou la <u>photocopie</u> du cerfa, après examen médical effectué auprès d'un médecin agréé par la préfecture, dans les conditions définies à l'article R.221-10 du code de la route. Le certificat médical est un formulaire cerfa n°14880*02. L'originale du Cerfa n°14880*02 est à transmettre directement à votre préfecture
Liste des médecins agrées permis de conduire par la préfecture du département disponible sur internet
Un certificat médical délivré par un médecin agréé par l'ARS attestant la non contre-indication à la profession d'ambulancier (absence de problèmes locomoteurs, psychiques, d'un handicap incompatible avec la profession). (Annexe 1)
Liste des médecins agrées ARS du département disponible sur internet
Un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France. (Annexe 2).
□ Une enveloppe format A4 affranchie au tarif normal <u>libellée aux noms et adresse du candidat.</u>
□ Une enveloppe format 11×22 cm affranchie au tarif normal <u>libellée aux noms et adresse</u> du candidat.
□ Un chèque de 26€ à l'ordre du Trésor Public correspondant à votre inscription et la gestion de votre dossier





INSTITUT DE FORMATION AUX PROFESSIONS DE SANTE DU CENTRE HOSPITALIER DE FOUGERES

<u>CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION</u> <u>A LA PROFESSION AMBULANCIER</u>

(à faire compléter par un médecin agréé par l'ARS, selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

Je	soussigné(e),	Docteur	,	médecin	agréé	par	l'ARS,	atteste que
			, ne présente pas	de contre-	-indication	à la	profession	d'auxiliaire
ambu	lancier (absence	e de problèn	nes locomoteurs, psychio	jues, d'un ha	ındicap inc	ompat	ible avec la	profession :
hand	icap visuel, audit	tif, amputat	tion d'un membre).					
Date Cach		du médecin	agrée par l'ARS					
Signo	ature :							



ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES DES PERSONNES MENTIONNEES A L'ARTICLE L3111-4 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Candid	dat(e) à l'i	nscription à la formation a été va	cciné(e) :				
Hépa	atite B	: (3 injections obligatoires)					
Schéma classique	Schéma accéléré	Schéma vaccinal réalisé :	Si la vaccination est planifiée prochaine injection prévue le :	Nom d	u vaccin	N° lot	
10	JO	Date 1 ^{ère} injection :					
M1	J7/10 ²	Date 2 ^{ème} injection :					
M 6	J21	Date 3 ^{ème} injection:					
² Sché i d'un sc	chéma accé	naux accélérés contre l'hépatite B : Eléré comportant l'administration en p	les nouvelles recommandations du HC primo-vaccination de trois doses en 21 g/0,5 ml. Afin d'assurer une protectio	jours, selon les	AMM des deux	2 vaccins concernés	
A réaliser 1 mois après la 3 ^{ème} injection				Titrage Anticoprs Anti-HBs		Résultat Ac anti-HBs : Fournir la copie du résultat	
Si Ac	Anti-HBs	Inférieur à 10 Ul / litre	En fonction de votre résultat : O UI / litre Etude de la poursuite du schéma vaccin par votre Médecin		Prescription du médecin		
Si Ac	Anti-HBs	Inférieur à 10 et 100 UI / li		Recherche des anticorps anti-HBc		Résultat anti-HBc :Ul/litre Fournir copie du résultat	
	Α	u-delà de 100 Ul/litre	Pas de titrage complén	nentaire	1 Odi Aiii	copie du l'esuitat	
- - -	Est non	immunisé(e): n répondeur (se) à la vaccination (site un avis spécialisé :	(après administration de 6 doses)	: 0	oui	□ non □ non □ non	
+Dip	htérie,	le tétanos et la poliomy	yélite :				
		Nom du vaccin	Date	N	J° lot		

+Par le BCG

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin) ou mention non vacciné	N° lot

*Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG toutefois, il appartient au médecin du travail de proposer la vaccination à certains professionnels à risque élevé d'exposition au bacille tuberculeux (R4426-6 du code du travail)

IDR à la tuberculine	date	Résultat (en mm)

^{*}L'IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques

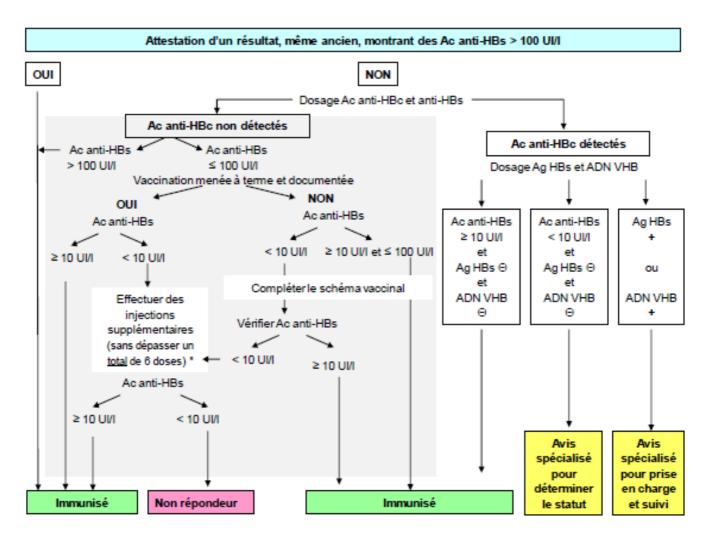
Autres vaccinations recommandés mais non obligatoires

	Date
Coqueluche (1 rappel) chez l'adulte	//
Rubéole oreillons Rougeole (2 doses réalisée)	// //
Grippe saisonnière	//
COVID-19	// // //

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et - des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

> SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN :

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 2 août 2013



^{*} 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 tuberculiniques
- 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
- Arrêté 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 : <u>http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html</u>)