Modalités pour le stage de 40 prélèvements

Centre régional des épreuves du certificat de capacité pour effectuer des prélèvements sanguins CRECCEPS IDF – Campus Picpus

Votre stage doit être réalisé dans un délai maximum de 2 ans après la validation de votre épreuve théorique.

Vous souhaitez simplement vous inscrire à l'épreuve pratique, il s'agit du parcours 1.

Dès que vous avez négocié votre stage (de préférence **sur une période de 15 jours** nécessaires aux apprentissages), vous devrez transmettre au CRECCEPS IDF par mail **AVANT** de commencer votre stage les documents suivants :

1. La copie de votre attestation de réussite à l'épreuve théorique
2. La copie recto-verso d'une pièce d'identité
3. Les coordonnées de l'établissement d'accueil à l'aide de la fiche de renseignements stage CCEPS, à télécharger, pour agrément du terrain
4. L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires à télécharger et à faire remplir par votre médecin
5. Le résultat récent (moins de 6 mois) de votre taux AC anti HBS.
6. La copie de l'attestation de **responsabilité civile et risques professionnels** avec une amplitude de 4 semaines pour permettre de modifier la planification du stage dans ce créneau, si besoin.
7. La copie de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences **AFGSU niveau 2**

Si vous souhaitez vous préparer à l'épreuve pratique, il s'agit du parcours 2. Vous participerez alors à une journée de préparation à l'examen. Il faudra envoyer un mail au CRECCEPS IDF afin de vous inscrire à cette formation. Si vous avez des difficultés à trouver un lieu de stage, en fonction de la disponibilité des sites, nous pouvons également vous aider à en trouver un.

Vous devrez alors transmettre au CRECCEPS par mail (crecceps.idf@aphp.fr) **:**

1. La copie de votre attestation de réussite
2. La copie recto-verso d'une pièce d'identité
3. L'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires à télécharger et à faire remplir par votre médecin.
4. Le résultat récent (moins de 6 mois) de votre taux AC anti HBS.
5. La copie de l'attestation de **responsabilité civile et risques professionnels** avec une amplitude de 4 semaines pour permettre de modifier la planification du stage dans ce créneau, si besoin.
6. La copie de l'Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences **AFGSU niveau 2**.

Que ce soit pour **le parcours 1** ou **le parcours 2**, à réception de l'ensemble des documents, le CRECCEPS transmettra votre carnet auprès de votre maître de stage. A l'issue de votre stage, et une fois inscrit à l'épreuve pratique sur le site https://concours.aphp.fr/, vous devrez renvoyez votre carnet directement au CRECCEPS IDF par voie postale à l'adresse suivante :

CRECCEPS IDF Campus Picpus - 33 boulevard de Picpus – 75751 PARIS cedex 12

Centre régional des épreuves du certificat de capacité pour effectuer des prélèvements sanguins
CRECCEPS IDF – Campus Picpus

FICHE DE RENSEIGNEMENT STAGE CRECCEPS IDF / LIEU DE STAGE

(Pour le stage et l'épreuve pratique du Certificat de Capacité pour Effectuer des Prélèvements Sanguins)

STAGIAIRE	
NOM de naissance :	**NOM marital :**
Prénom :	**Date de naissance :**
Lieu de naissance :	**Pays de naissance :**
Adresse postale :	
Date de validation de la réussite à l'examen théorique :	
Diplôme TLM et date de son obtention :	
Adresse mail :	**N° de téléphone :**

ETABLISSEMENT D'ACCUEIL	
Etablissement d'accueil :	
Service si hôpital :	
Adresse postale :	
N° de téléphone :	
MAITRE DE STAGE (BIOLOGISTE, CADRE ou RESPONSABLE)	
NOM :	**Prénom :**
Qualification :	
Adresse mail :	**N° de téléphone :**
TUTEUR DE STAGE (3 ans d'expérience dans l'activité de prélèvements sanguins)	
NOM :	**Prénom :**
Adresse mail :	**N° de téléphone :**
DATES DU STAGE	
Le stage se déroulera du	**au**

Effectuez-vous votre stage sur votre lieu de travail ? OUI NON

Merci de joindre également

- Une attestation d'assurance de responsabilité civile (généralement avec son contrat habitation) ☐
- Une attestation d'assurance de responsabilité professionnelle (voir avec votre employeur si stage sur site) ☐
- Une copie de l''attestation de réussite à l'épreuve théorique reçu par courrier☐
- Une copie recto et verso de sa pièce d'identité ☐
- La fiche de renseignements des vaccins rempli par votre médecin traitant (page 3)
- Le résultat du taux d'anticorps anti-HBs datant de moins de 6 mois ☐

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS ars Agence Régionale de Santé Île-de-France île de France

Centre régional des épreuves du certificat de capacité pour effectuer des prélèvements sanguins CRECCEPS IDF – Campus Picpus

FICHE DE RENSEIGNEMENT STAGE CRECCEPS IDF / VACCINATIONS

(Pour le stage et l'épreuve pratique du Certificat de Capacité pour Effectuer des Prélèvements Sanguins)

Docteur (Nom et prénom) : _____

Titre et qualification : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Je soussigné(e) Docteur _____

Certifie que M / Mme / Mlle (Nom et prénom)_____né(e) le _____

candidat(e) au Certificat de Capacité pour Effectuer des Prélèvements Sanguins, **est à jour de ses vaccinations** :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite** :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	**Date**	**N° de lot**

- **Par le B.C.G.** :

Vaccin intradermique ou Monovax	**Date (dernier vaccin)**	**N° de lot**
Nom du vaccin	**Date**	**N° de lot**

- **Contre l'hépatite B, il/elle est considéré(e) comme :**
  - Immunisé(e) contre l'hépatite B : OUI NON
  - Non répondeur à la vaccination : OUI NON
  - Taux d'anticorps anti-HBs : Date :

Le résultat récent (moins de 6 mois) du taux d'anticorps anti-HBs devra accompagner cette fiche de renseignements sur les vaccins lors de l'envoi des documents par mail.

Lorsque le titre des anticorps est inférieur 10 UI/L, la vaccination doit être réalisée ou complétée. Si la négativité persiste après un schéma à 3 doses, des doses additionnelles sont possibles. Un dosage des Ac anti-HBs sera réalisé un à deux mois après chacune des injections.

- **Contre la fièvre typhoïde (NON OBLIGATOIRE** depuis le 14 janvier 2020 - décret no 2020-28 du 14 janvier 2020 mais vivement recommandé dans la cadre d'un exercice potentiel en parasitologie)

Nom du vaccin	**Date**	**N° de lot**

Fait à le Signature et cachet du médecin