



Liste des **pièces à nous fournir**
(même si votre 1^{er} stage ne se déroule pas au CHU)
afin de **constituer votre dossier** et de vous
nommer dans vos fonctions.

**A adresser uniquement par mail aux
adresses suivantes :**

aloe.chabasse@chu-limoges.fr
stephanie.meyo@chu-limoges.fr

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES
Tél.05/55/08/73/10 et 05/19/76/17/57

Liste des pièces CONSTITUTIVES du dossier administratif

D'INTERNE

- Feuillet signalétique ci-joint à compléter.
- Certificat médical délivré par un médecin du travail du CHU de Limoges. Prendre rendez-vous pour la visite préalable à l'embauche au 05.55.05.63.62 ou 05.55.05.68.56. (*Compte tenu des délais de RDV, ce certificat pourra être transmis indépendamment des autres documents du dossier*).
- Certificat de vaccinations ci-joint à compléter (à remplir par votre médecin traitant ou à faire remplir par le médecin du travail lors de la visite préalable à l'embauche).
- Copie de l'attestation de Sécurité Sociale.
- Copie de la Carte Vitale.
- Copie de la carte d'identité ou du passeport en cours de validité. Pour les ressortissants des Etats membres des Communautés Européennes, un certificat de nationalité traduit le cas échéant par un interprète assermenté de l'ambassade de France du pays d'origine délivré depuis moins de trois mois.
- Copie du livret de famille pour les candidats ayant des enfants.
- Extrait n°3 du casier judiciaire *datant de moins de trois mois*.
A demander soit : - par courrier à CASIER JUDICIAIRE NATIONAL 107 rue de Landreau - 44079 NANTES CEDEX 01 (joindre à la demande 1 extrait d'acte de naissance),
- par internet : www.cjn.justice.gouv.fr
- Relevé d'identité bancaire ou postal (*et non un chèque annulé*).
- 1 Photo d'identité.
- Justificatif d'inscription au Conseil de l'Ordre avec numéro RPPS (exemple : capture d'écran de votre compte personnel avec votre nom et prénom)

N.B. : Informer les Affaires Médicales de toute modification de votre dossier.

(Surtout lorsque vous prenez un stage hors du Centre Hospitalier Universitaire ou, pour les internes de médecine générale, un stage chez un praticien).

FEUILLET SIGNALÉTIQUE – INTERNES

☐ Médecine Générale

☐ Spécialité

☐ Pharmacie

ETAT CIVIL

Nom Nom de jeune fille
Prénoms Date de Naissance
Commune de Naissance Département de Naissance
Pays de naissance Nationalité
N° RPPS
N° de Sécurité Sociale
Adresse Caisse d'Affiliation
Mutuelle
Adresse Mutuelle
Nom et adresse du dernier employeur

ADRESSE

N° Voie
Complément d'adresse
Ville
Code Postal
Téléphone Adresse MAIL :

SITUATION FAMILIALE

☐ Célibataire ☐ Veuf (ve) ☐ Séparé (e) ☐ Divorcé (e) ☐ Concubinage
☐ Marié (e) Date de Mariage
☐ Pacsé (e) Date du Pacs
Nom et prénom du conjoint Date de Naissance
Profession conjoint
Employeur ☐ public ☐ privé ☐ C.H.R. ☐ autre (à préciser)

Enfants à Charges :

Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance	Activité

CERTIFIE EXACT
LIMOGES, LE

SIGNATURE :



DEPARTEMENT DE SANTE AU TRAVAIL

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

FONCTION : INTERNE

☐ MG ☐ SPE ☐ PHARMA

Vu l'article L. 3111-4 du Code de Santé Publique.

Vu le dernier avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France.

Au terme des arrêtés du 6 mars 2007 et de la circulaire du 16 avril 2007.

Il est fait obligation, avant l'embauche, à toute personne sollicitant un emploi dans un établissement de soins ou de prévention, d'être immunisée contre différents risques infectieux et d'en apporter la preuve : **attestation médicale. Les tableaux suivants devront donc être complétés par votre médecin traitant. Ils constituent un document exigible à l'embauche.**

B . C . G .

MODE DE VACCINATION (Scarif/Monovax/ BCG ID) (A préciser)	DATE
.....	
.....	
.....	

TEST TUBERCULINIQUE

(obligatoire à l'embauche)

I.D.R. à 10 UI ou Tubertest à 5 UI	DATE	RESULTAT (en mm)
.....		
.....		
.....		

DIPHTERIE - TETANOS - POLIO

éventuellement

COQUELUCHE

3 DERNIERS RAPPELS	NOM DU VACCIN
.....	
.....	
.....	

TYPHIM VI

(pour les personnes travaillant en laboratoire)

DATE DE LA DERNIERE INJECTION
.....
.....
.....

HEPATITE B

(Pour le personnel exposé aux agents biologiques)

	DATE	NOM DU VACCIN
1 ^{ère} Inj		
2 ^{ème} Inj		
1 ^{ER} RAPPEL		
2 ^{ème} RAPPEL		
3 ^{ème} RAPPEL		
4 ^{ème} RAPPEL		

RUBEOLE / OREILLONS / ROUGEOLE

(vaccination recommandée)

	DATE
1 ^{ère} Injection	
RAPPEL	

DOSAGE DES AC-ANTIHB5

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Sérodiagnostic de la rubéole

OUI		NON	
-----	--	-----	--

Les résultats de ces anticorps sont couverts **par le secret médical** et ne doivent être remis qu'au médecin du **travail** lors de la visite médicale.

**En l'absence de la mise à jour des vaccinations obligatoires en milieu hospitalier,
le médecin du travail sera dans l'impossibilité d'émettre un avis d'aptitude.**

Fait le

Signature :