

Institut de Formation aux Métiers de la Santé du CHU de NIMES

Tél : 04.66.68.53.00

Mail : [ifms.administration@chu-nimes.fr](mailto:ifms.administration@chu-nimes.fr)



## FORMATIONS

# MESURES TRANSITOIRES

### DOSSIER D'INSCRIPTION

Site de Nîmes
Place du Professeur Henri Pujol 30029 NIMES Cedex 9

Site du Vigan
4 rue Gisèle Halimi 30120 LE VIGAN

Site d'Uzès
1 et 2, avenue Foch 30701 UZES Cedex



L'Institut de Formation aux Métiers de la Santé (IFMS) du CHU de Nîmes organise trois sessions de formation « Mesures Transitoires » destinés aux professionnels en activité et relevant des dispositions mentionnées dans la réglementation ci-après.

#### Références :

- Décret n°2019-678 du 28 juin 2019 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers et portant report d'entrée en vigueur de dispositions transitoires sur les infirmiers de bloc opératoire.
- Arrêté du 31 juillet 2019 relatif à l'organisation d'une épreuve de vérification des connaissances pour la réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers.
- Décret n° 2021-97 du 29 janvier 2021, modifiant le décret n°2019-678 du 28 juin 2019 et portant diverses mesures relatives au retrait d'enregistrement d'organismes ou structures de développement professionnel continu des professions de santé et aux actes des infirmiers diplômés d'Etat.
- Arrêté du 18 février 2021 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2019 et portant sur les conditions pour la réalisation de certains actes professionnels en bloc opératoire par les infirmiers.

#### Calendrier :

	Dates	Horaires	Dates limites d'inscription
Session 1	6-7-8 janvier 2025	8h00 à 12h30 et 13h30 à 17h00	
Session 2	17-18-19 février 2025		
Session 3	24-25-26 mars 2025		

Les groupes seront constitués de 10 personnes minimum à 50 personnes maximum.

Les demandes d'inscription seront acceptées uniquement :

- Si le dossier transmis est complet et envoyé dans les temps impartis
- Par ordre d'envoi du dossier complet
- Dans la limite des places disponibles

#### Modalités d'inscription :

1. Ouverture des inscriptions pour la session 1, session 2 et la session 3 : le 7 octobre 2024.
2. Clôture des inscriptions pour la session 1 : le 15 décembre 2024 ; pour la session 2 : le 15 janvier 2025, pour la session 3 : le 16 février 2025.
3. Imprimer et remplir le présent dossier et réunir les pièces demandées.
4. Retourner le dossier complet, par courrier recommandé avec accusé de réception (pas d'autre forme d'envoi) avant la date limite du 15 décembre 2024 à 23h59 (cachet de la poste faisant foi) pour la session 1 ; du 15 janvier 2025 à 23h59 (cachet de la poste faisant foi) pour la session 2 et du 16 février 2025 pour la session 3.

#### Coût de la formation :

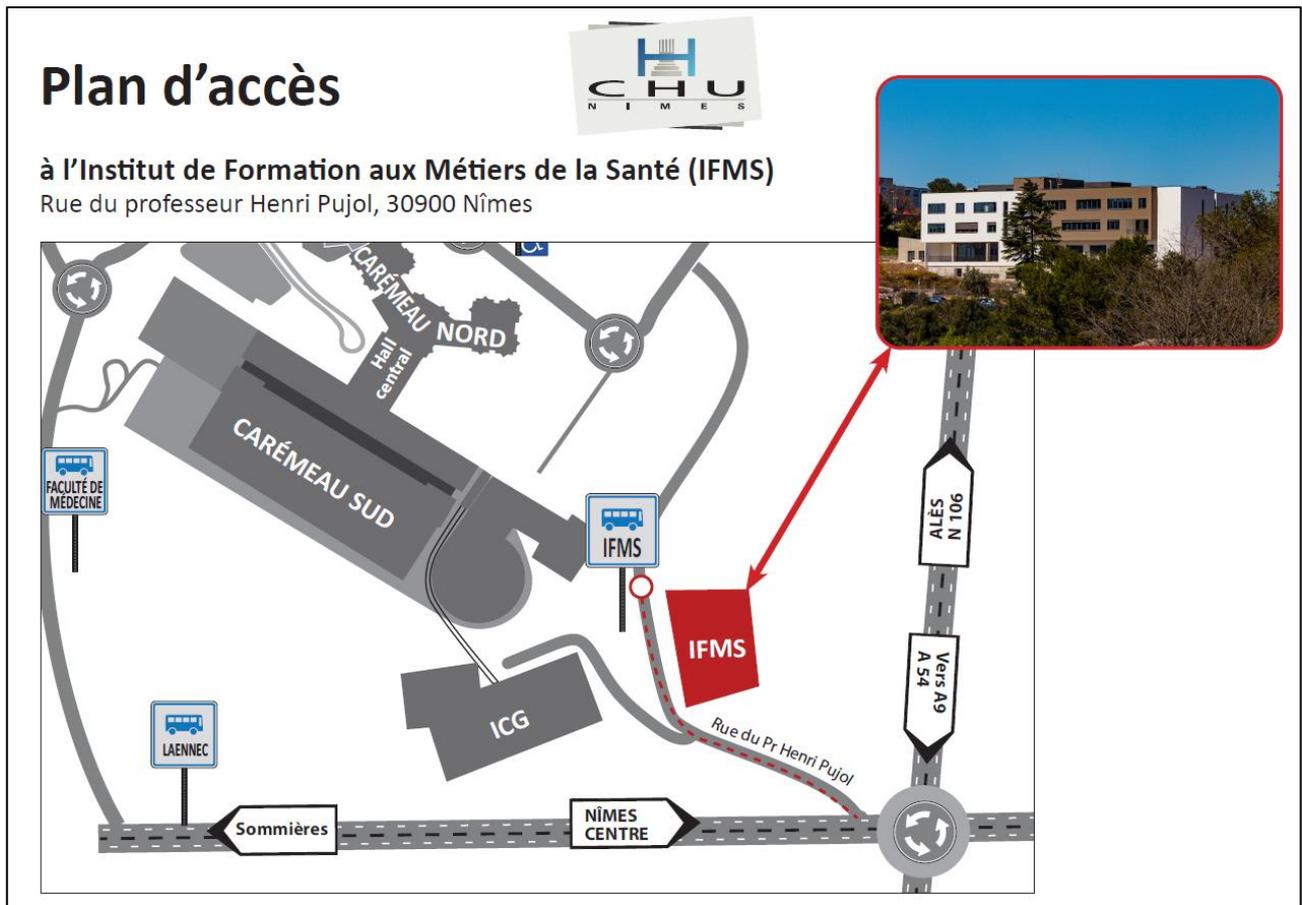
Le coût de formation totale, d'une durée de 21h00, s'élève à **850 euros par stagiaire**.

Modalités de paiement :

L'établissement employeur s'acquittera des frais de formation à réception de la facture.

#### Pièces à fournir :

- Imprimé ci-après complété et signé par le candidat et son établissement employeur
- Copie du diplôme d'Etat d'infirmier
- Copie de l'autorisation délivrée à l'issue de l'épreuve orale de vérification des connaissances devant une commission régionale ou de l'autorisation d'apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration.



**Le site de Nîmes ne dispose pas de parking accessible au public.**

La ligne de Tram T2 (arrêt « CHU Carémeau ») est le terminus de la ligne et se trouve devant l'entrée de notre bâtiment. A partir de 7h00, le passage est d'environ 10mn.

Des parkings relais sont situés à la sortie d'autoroute Caissargues, à l'arrêt Némausa, ou à l'arrêt Laennec.

## FICHE D'INSCRIPTION

### Le candidat

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Grade : .....

Service actuel : .....

N° de téléphone : ..... Mail : .....

Signature du candidat :

### L'établissement employeur

Nom et adresse complète : .....

.....

.....

Personne responsable de la formation professionnelle continue :

Nom et prénom : .....

N° de téléphone : ..... Mail : .....

\*\*\*\*\*

Je soussigné, .....,

responsable de la formation professionnelle continue au sein de l'établissement,

.....

accepte les modalités de formation, l'inscription du candidat, et la prise en charge financière du coût de sa formation,

d'un montant de 850 euros, qui sera acquitté à réception de la facture.

Date de session retenue :  Session 1 : du 6 au 8 janvier 2025  Session 2 : du 17 au 19 janvier 2025

Session 3 : du 24 au 26 janvier 2025

Signature et cachet de l'établissement employeur :