



CHU DE REIMS

---

## DOSSIER ADMINISTRATIF

A l'attention des externes en M.1 à compter du 29 Août 2022

Un dossier de recrutement est mis en ligne sur le bureau virtuel de la scolarité du 2<sup>ème</sup> cycle de la Faculté d'odontologie.

Vous devez **impérativement** adresser ce dossier, à la Direction des Affaires Médicales du C.H.U., pour le **22 juillet 2022**, en y joignant les pièces demandées dans le dossier de recrutement : document « Constitution du dossier administratif ».

**Ce dossier conditionne votre rémunération, l'accès aux logiciels et la prise de rendez-vous pour la visite médicale.**

Reims, le 23 mai 2022

Le Directeur Adjoint des Affaires  
Médicales

Thomas BERTRAND



# CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

**Vos interlocutrices :**

Jodie CURTZ ou Carole BOULOUX

☎ : 03.26.78.34.67

✉ : [etudemedicale\\_dam@chu-reims.fr](mailto:etudemedicale_dam@chu-reims.fr)

Reims, le 23 mai 2022

Madame, Monsieur,

Vous débutez, le 29 août 2022, votre première année du second cycle des études d'odontologie.

Votre statut sera celui d'étudiant hospitalier en odontologie.

Vous devez constituer un dossier de recrutement (ci-joint) pour que Madame la Directrice Générale procède à votre nomination et à votre indemnisation.

Votre dossier devra être adressé à la ➤

Direction des affaires médicales  
Hôpital Maison Blanche  
45 rue Cognacq Jay  
51092 REIMS Cédex

**Le dossier doit parvenir à la direction des affaires médicales avant le 22 juillet 2022.**

La copie de l'attestation de la carte vitale (après changement de régime auprès de la caisse primaire d'assurance maladie) doit être adressée **au plus tard avant le 31 décembre.**

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

**Le Directeur Adjoint des Affaires  
Médicales,**

**Thomas BERTRAND**

# Constitution du dossier administratif pour votre recrutement en qualité d'étudiant hospitalier

## PIECES A PRODUIRE

- Fiche de renseignements dûment complétée
- Copie de votre carte nationale d'identité, ou de votre passeport (recto-verso), ou de votre livret de famille pour l'étudiant(e) marié(e) ou chargé(e) de famille
- **DEUX** Relevés d'identité bancaire *ou* postal
- Une photo d'identité
- Copie de votre carte de séjour ou de résident en cours de validité, si vous êtes étudiant de nationalité Etrangère
- certificat complet de vaccination à transmettre à l'adresse suivant : [pass-sanitaire-umst@chu-reims.fr](mailto:pass-sanitaire-umst@chu-reims.fr)

## PIECES A PRODUIRE AVANT LE 31 DECEMBRE

- certificat de scolarité 2022/2023 (dès que le document sera en votre possession)
- Certificat médical d'aptitude : adressé à la Direction des affaires médicales par l'unité de médecine et santé au travail après la visite médicale. Pour prendre rendez-vous : cf fiche de convocation à la visite médicale.
- Photocopie de l'attestation qui accompagne votre carte vitale

**TOUT DOSSIER INCOMPLET AU 31 DECEMBRE ENTRAINERA  
LA SUSPENSION DE LA RÉMUNÉRATION.**

## **IMPORTANT**

Tout changement de situation familiale, domicile, téléphone, bancaire, doit être signalé à la ☞

**Direction des affaires médicales  
Hôpital Maison Blanche (Cour d'Honneur)  
45 Rue Cognacq Jay - 51092 REIMS CEDEX  
Tél : 03.26.78.34.67  
Fax : 03.26.78.91.86**

### **PIECES JOINTES :**

- Fiche de renseignements à compléter
- Convocation pour la visite médicale
- Conduite à tenir en cas d'exposition au sang
- Procédure à suivre en cas d'accidents de travail ou de trajet
- Note d'information de la Blanchisserie



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A remplir obligatoirement

EXTERNE Odontologie

AFFECTATION A COMPTER DU : 29 Août 2022

### **ETAT CIVIL :**

NOM : .....NOM DE JEUNE FILLE : .....

PRENOMS : .....NATIONALITE : .....

DATE DE NAISSANCE : ..... LIEU : ..... DEPARTEMENT : .....

N° DE SECURITE SOCIALE : \_ / \_ - / \_ - / \_ - / \_ - - / \_ - - /Clé : \_ \_ CPAM de : .....CP : .....

ADRESSE : .....

Code postal : ..... Ville : .....

EMAIL PERSONNEL : .....

N° TELEPHONE : ..... LISTE ROUGE : OUI  NON

N° PORTABLE : .....

SITUATION FAMILIALE :  Célibataire  Marié  PACSE  Divorcé  Veuf

DATE : .....

*(Joindre justificatifs)*

### **ETAT CIVIL DU CONJOINT :**

NOM ET PRENOM : .....

PROFESSION : .....

EMPLOYEUR : .....

### **ENFANTS :**

*(Joindre copies livret de famille)*

NOM ET PRENOM

DATE DE NAISSANCE

.....

.....

.....

Votre conjoint perçoit le Supplément familial de traitement :  OUI  NON

Si non, Fournie une attestation de l'employeur

Reims, le

SIGNATURE

Copie :

Médecine et Santé au Travail  
Unité Radioprotection

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

☎ 03 26 78 74 44 - ☎ 03 26 78 91 86

dam@chu-reims.fr




# CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE REIMS

UNITE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL  
DES PERSONNELS HOSPITALIERS

## CONVOCAION A LA VISITE MEDICALE pour l'intégration aux fonctions d'Étudiant Hospitalier en Odontologie

Merci de contacter la Médecine du Travail pour prendre votre rendez-vous de consultation auprès du Docteur LUNDY (visite médicale obligatoire **AVANT** la prise de fonction hospitalière) :

HOPITAL MAISON BLANCHE  
45 rue Cognacq-Jay - REIMS  
Cour d'Honneur - 1er Étage

 03.26.78.46.35

Merci de vous munir pour cet appel de votre numéro de sécurité sociale.

Le jour de la consultation, vous devrez vous présenter muni(e) des différents documents certifiant de vos vaccinations, incluant le nom des vaccins et leurs dates :

- carnet de santé
- carnet complémentaire de vaccinations éventuel

A noter qu'un test tuberculinique de référence est exigible avec résultat mesuré en mm.

**Conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle au sang ou à un autre liquide biologique**

<u>Sommaire</u>	<u>Liste des destinataires</u>
1- Objet et domaine d'application	☞ Professionnels ☞ Stagiaires
2- Définitions / Abréviations	<u>Mode de diffusion</u>
3- Contenu	

<u>Historique</u>		
<u>Date Création</u>	1 <sup>er</sup> octobre 2008 ( <i>note de service</i> )	
<u>Date d'actualisation</u>	<u>Modalité</u>	<u>Modifications apportées (page / contenu)</u>
Mai 2010 Octobre 2015	Intégration GED	

<u>Références</u> - Références réglementaires, ouvrages, articles -
<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ <b>Décret n°94-352 du 4 mai 1994</b> relatif à la protection des travailleurs contre les risques résultant de leur exposition à des agents biologiques.</li> <li>☞ <b>Circulaire DGS/DH n°98-249 du 20 avril 1998</b> résume les mesures de prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques pour les personnels de la santé.</li> <li>☞ <b>Circulaire DGS/VS2/DH/DRT n°99-680 du 8 décembre 1999</b> relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.</li> <li>☞ <b>Circulaire DGS/DHOS/DRT/DSS n°2003-165 du 2 avril 2003</b> relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.</li> <li>☞ <b>Arrêté du 1<sup>er</sup> août 2007</b> fixant les modalités de suivi sérologiques des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine.</li> <li>☞ <b>Circulaire DGS/R12/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008</b> relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH).</li> </ul>

<u>Modalités d'évaluation</u> - Quand ? Comment ? -
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Suivi analytique des AES par le service de Médecine du Travail</li> <li>➤ Participation au suivi analytique national (AES RAISIN ET GERES)</li> </ul>

**1- Objet et domaine d'application**

Cette procédure traite de la conduite à tenir en cas d'accidents d'exposition au sang (AES) survenant chez des professionnels ou stagiaires du CHU.

Son objectif est de permettre une prise en charge rapide et adaptée aux différentes situations d'AES et d'optimiser ainsi la prévention des risques de transmissions liées au sang, en particulier vis-à-vis des virus de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH.

**- Définitions / Abréviations**

	<u>Rédaction</u>	<u>Vérification</u>	<u>Validation</u>	<u>Approbation</u>
<u>Date</u>	Mai 2010	Mai 2010	Mai 2010	
<u>Nom</u>	Unité Médecine du Travail	Cellule Qualité	Drs S. TOUCHE, A.C.Delavelle, B. Lundy Unité de Médecine et Santé au Travail	

**Conduite à tenir en cas d'exposition accidentelle au sang ou à un autre liquide biologique**

AES : Accident d'Exposition au Sang. = toute exposition accidentelle à du sang ou à un liquide biologique lors d'une effraction cutanée (piqûre ou coupure) ou d'une projection sur une muqueuse ou sur une peau lésée.

PS : patient source = patient dont le sang ou le liquide biologique a occasionné l'exposition

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine -

VHC : Virus de l'Hépatite C

VHB : Virus de l'Hépatite B- Antigène HBs = marqueur d'une infection en cours par le virus de l'hépatite B

**4- Contenu****SOINS IMMEDIATS**♦ **En cas de piqûre ou coupure**

- regarder si la blessure saigne (mais ne pas faire saigner)
- nettoyer la plaie à l'eau et au savon
- désinfecter par trempage de 5 minutes dans :
  - du dakin stabilisé, de préférence
  - ou de la bétadine dermique (jaune)
  - à défaut, de l'eau de javel diluée au 1/10ème

♦ **En cas de projection oculaire ou sur des muqueuses**

- Rincer abondamment au sérum physiologique ou à l'eau courante

**PUIS AUSSITÔT**

**En journée** (du lundi au vendredi de 8H à 17H) :  
→ consulter immédiatement un médecin du travail (poste 4631 ou 4634)

**Hors jours et heures ouvrables**  
→ contacter le médecin des urgences (poste 7588)



Pour faire définir la conduite à tenir en fonction de la procédure accidentelle, et du patient source

**+ SI LE PATIENT SOURCE EST IDENTIFIE**

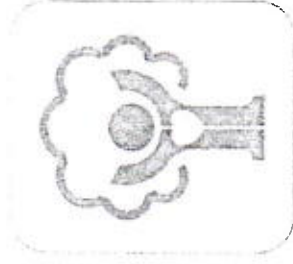
- ♦ sur prescription médicale, faire prélever les sérologies du patient source **avec l'accord de celui-ci** (sérologie VIH, VHC, Antigène HBs)
- ♦ **faire acheminer** aussitôt les tubes = 2 tubes secs à la réception centralisée des prélèvements du pôle biologie
- ♦ avec le bon d'examen spécifique au AES (réf.147512)

Si prise en charge initiale aux urgences, consulter ensuite en médecine du travail pour définir le suivi

**+ DECLARER ADMINISTRATIVEMENT L'ACCIDENT DANS LES 48 H**

	Rédaction	Vérification	Validation	Approbation
Date	Mai 2010	Mai 2010	Mai 2010	
Nom	Unité Médecine du Travail	Cellule Qualité	Drs S. TOUCHE, A.C.Delavelle, B. Lundy Unité de Médecine et Santé au Travail	

**CENTRE HOSPITALIER  
UNIVERSITAIRE DE REIMS**



**PROCÉDURE A SUIVRE  
EN CAS D'ACCIDENTS  
DU TRAVAIL OU DE TRAJET**

**DURANT LES STAGES EFFECTUÉS  
AU C.H.U. DE REIMS**

**PAR LES ÉTUDIANTS  
EN MÉDECINE  
EN CHIRURGIE DENTAIRE  
EN PHARMACIE**



## 1 CONSULTER UN MÉDECIN

➤ POUR QU'IL RÉDIGE

UN CERTIFICAT MÉDICAL INITIAL

SUR CE CERTIFICAT DOIVENT FIGURER LES MENTIONS SUIVANTES :

- siège des lésions
- nature des lésions
- la durée des soins
- la période d'incapacité de travail

ATTENTION

POUR LES CAS D'EXPOSITION ACCIDENTELLE AU SANG OU A UN AUTRE LIQUIDE BIOLOGIQUE

1- DÉSINFECTER IMMÉDIATEMENT

\* **PIQÛRE OU COUPURE**

(alcool ou eau de javel diluée. Tremper 5 mn.)

\* **PROJECTION SUR MUQUEUSES**

(rincer abondamment avec du sérum physiologique)

2- PUIS CONSULTER AUSSITÔT

\* **LA MÉDECINE DU TRAVAIL**

OU

\* **LES URGENCES**

MUNI DU CERTIFICAT MÉDICAL

VOUS FAITES ÉTABLIR LA DÉCLARATION D'ACCIDENT

## 2 FAITES ÉTABLIR LA DÉCLARATION D'ACCIDENT DANS LES 48 HEURES

EN VOUS RENDANT :

➤ AUPRÈS DU BUREAU DU PERSONNEL DE LA DIRECTION D'ÉTABLISSEMENT

VOUS DEVEZ PRÉCISER LES MENTIONS SUIVANTES

- nom, prénom,
- date de naissance,
- nationalité (française, UEE, autre),
- adresse,
- votre discipline et année de formation, faculté de rattachement,

le descriptif de votre accident

• date de l'accident,

• l'heure de l'accident,

• les horaires le jour de l'accident,

• le lieu de l'accident,

• les circonstances détaillées de l'accident

(indiquez ce que vous faisiez au moment de l'accident et comment celui-ci s'est produit)

• précisez si l'accident a fait d'autres victimes

• le nom des témoins avec leur adresse,

en cas d'accident du trajet

• précisez le trajet emprunté

• indiquez si l'accident a été causé par un tiers (si oui, nom et adresse du tiers et sa compagnie d'assurance et si un rapport de police a été établi)

NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LE CERTIFICAT MÉDICAL ET DE FAIRE UNE PHOTOCOPIE DE LA CARTE DE SÉCURITÉ SOCIALE

## 3 LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

➤ VOUS N'AVEZ AUCUNE AVANCE DE FRAIS A EFFECTUER

↳ si vous effectuez des soins au C.H.U. de Reims indiquer au Bureau des Entrées que la prise en charge relève de la législation sur les accidents du travail du régime général de la sécurité sociale de Reims.

↳ si vous effectuez des soins hors C.H.U. demander les feuilles de prise en charge sécurité sociale au Bureau du personnel de la direction d'établissement.


➤ VOUS DEVEZ RÉPONDRE A TOUTE DEMANDE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE A PROPOS DE VOTRE ACCIDENT

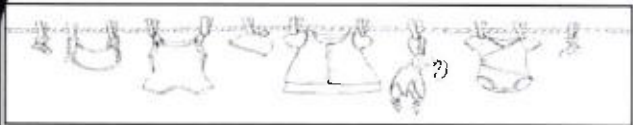


## Contacts de la Blanchisserie

Anomalies	Quand ?	Ø Horaires	Qui ?	☎ Numéro
Armoire non livrée	Semaine	De 7h à 16h	Secteur Expédition	2730
Tenue professionnelle non retournée dans unité	Semaine	De 7h à 16h	Secteur Expédition	2730
Manque de franges	Semaine	De 7h à 16h	Secteur Expédition	2730
			Responsable Achat/ Approvisionnement/ Magasin	3383
			Responsable Blanchisserie	7905
Manque de franges	Semaine	De 7h à 16h		2114 7347
				7914


Pour tout autre problème, veuillez contacter :


- ◊ La cellule HQSE au 9287 / 7211 
- ◊ La Responsable de la blanchisserie au 7905



# Lingerie

## Contacts lingerie






HRD : **3401** (+ bip)

HMB : **3408** (+ bip)

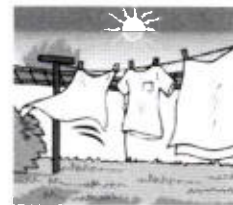
Sébastopol : **9779**



Mise à jour mai 2014

## Horaires des lingeries

A partir du 2 avril 2012



	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<i>Robert Debré</i>	7h-10h	7h-9h	13h-15h	7h-9h	13h-15h
<i>Maison Blanche</i>	7h-10h	13h-15h	7h-9h	13h-15h	7h-9h
<i>Sébastopol</i>		13h-15h		7h-9h	

## Tournées des lingeries

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
<b>Isabelle PENET (Lingère HMB)</b>	Roux	HMB Alix de champagne Médecine	Chirurgie AMH	Médecine Alix de champagne	Petits services Chirurgie
<b>Christine BOURGEOIS (Lingère HRD)</b>	HRD	Wilson Roederer	HRD	Psychiatrie	HRD
<b>Chantal KRAUFFEL (Lingère Sébastopol)</b>		Sébastopol		Sébastopol	



Où se situent les lingeries ?

Robert Debré : niveau - 2

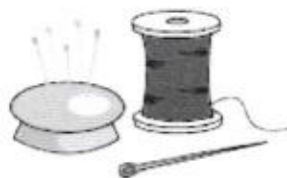
à côté des vestiaires

Maison Blanche : niveau -1

couloir de la neurochirurgie

Sébastopol : niveau 0

en face des ateliers techniques



# Demande de mutation

Le formulaire de demande de mutation doit être utilisé en cas d'évolution de votre situation professionnelle entraînant :

- un changement de régime de Sécurité Sociale si vous étiez rattaché(e) au régime agricole, au régime des indépendants, à une mutuelle de fonctionnaires, à un régime spécial ou au régime étudiant...

Il convient de le compléter et de le retourner à votre nouvelle caisse d'assurance maladie accompagné d'une photocopie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour et d'un relevé d'identité bancaire (n° IBAN).

## ► Identification de l'assuré(e)

Votre n° de sécurité sociale

Vos nom et prénoms

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)  
(Si vous êtes artiste auteur et que vous utilisez un pseudonyme, précisez-le après votre nom de famille)

Votre date de naissance

Votre adresse

Code Postal

Commune

Votre n° de téléphone

Votre courriel

## ► Votre ancienne situation

Si vous changez de régime, organisme auprès duquel vous perceviez vos prestations de Sécurité Sociale :

Bénéficiez-vous d'une pension d'invalidité  ou d'une rente accident du travail/maladie professionnelle  ?

## ► Votre nouvelle situation

Salarié(e)  depuis le

Agent de la Fonction Publique  ► d'Etat  Territoriale  Hospitalière

► Titulaire  Contractuel  depuis le

Sans activité

Autre situation  Si votre situation ne correspond pas à celles figurant ci-dessus, veuillez préciser votre nouvelle situation :

## ► Votre situation personnelle

Avez-vous un conjoint, partenaire PACS, concubin sans activité, rattaché à votre régime actuel et qui demande également le changement de régime ? Oui  non

(Si oui, merci de lui demander de compléter les rubriques ci-dessous et de fournir une photocopie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour et un relevé d'identité bancaire)

Son n° de sécurité sociale

signature du conjoint, partenaire PACS ou concubin

Ses nom et prénoms :

(Nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu) ; prénoms dans l'ordre de l'état civil)

## ► Attestation sur l'honneur à compléter par l'assuré(e)

L'assuré(e) identifié(e) ci-dessus, atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier.

Fait à

signature de l'assuré(e)

Le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**IMPORTANT** : si vous avez des enfants mineurs à votre charge, veuillez compléter un formulaire S3705.

Ce formulaire est téléchargeable sur [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr) ou à demander à votre caisse.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-1 -1 du Code de la sécurité sociale.

L'organisme d'assurance maladie peut, à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (articles L. 114-10-3 et L. 161-1-4 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.