



Formation

croix-rouge française  
PARTOUT OÙ VOUS AVEZ BESOIN DE NOUS



**INSTITUT RÉGIONAL DE FORMATION SANITAIRE ET  
SOCIALE PAYS DE LA LOIRE**

**CENTRE RÉGIONAL DE FORMATION PROFESSIONNELLE**

FORMEZ-VOUS

# BRANCARDIER (avec AFGSU 1)



## SESSIONS 2020

- Session : du 05 au 30 octobre 2020



## DURÉE

140h : 70h de formation + 70h de stage



## LIEU DE FORMATION

- Session : REZE (44)



02 40 29 47 48

[crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr](mailto:crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr)

Le brancardier assure les transports internes de patient au sein d'un établissement de santé ainsi que la surveillance de ces patients et veille à leur prise en charge en tout confort et sécurité. Il participe à la gestion des urgences intra-hospitalière en fonction des organisations de l'établissement de santé et à la gestion des flux et circuit intra-hospitaliers.

Pour mieux connaître le métier et la formation, inscrivez-vous à nos réunions d'information collective

Du 25 juin 2020



## OBJECTIFS

### Objectif global :

Acquérir les compétences nécessaires lors d'un transfert de personne pour des raisons de soins ou de diagnostics

La formation comportera plusieurs modules notamment sur les règles d'hygiène, de déontologie, de manutention, relation-communication et les gestes d'urgence de niveau 1 (AFGSU1).



## PUBLIC

Pré requis :

- Avoir + de 18 ans
- Etre vacciné contre l'Hépatite B avant l'arrivée en stage
- Certification de non contre-indication
- Obtenir un accueil en stage sur la semaine prévue



## INTERVENANT(S)

- Formateurs permanents, intervenants extérieurs, experts dans les différents domaines de la formation

## TARIF

950 €  
net / stagiaire

## VALIDATION

A l'issue des épreuves de validation, le stagiaire reçoit :

- l'Attestation de Formation Croix-Rouge Française au métier de Brancardier en structures de soins

- l'AFGSU1 sur accord du CESU

La validation est réalisée à partir de questions de connaissances, de mises en situations professionnelles simulées à l'institut de formation et d'une évaluation des compétences en stage.



## DÉMARCHE PÉDAGOGIQUE

Enseignement en alternance basé sur une pédagogie active et participative intégrant des cours magistraux, des travaux de groupe et des ateliers d'apprentissage pratiques.

Une approche pratique par « mise en situation professionnelle simulée » permettant de se rapprocher des conditions réelles du métier.

Un suivi pédagogique individualisé permettant à chaque élève d'identifier ses difficultés, de déterminer ses axes de progrès et d'évaluer sa progression.



## PROGRAMME ET PLANNING D'INTERVENTION 2020

Jour	Modules	Thématiques
J1 05/10/2020	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Environnement professionnel et communication</b></li> <li>- Rôle et missions du brancardier</li> <li>- Déontologie et secret professionnel</li> </ul>
J2 06/10/2020	2	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Hygiène en structure de soins</b></li> <li>- Hygiène théorique</li> <li>- Hygiène pratique</li> </ul>
J3 07/10/2020	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Etat clinique, Surveillances et Appareillages</b></li> <li>- Notions de base en santé</li> <li>- Surveillance et complications liées aux transports</li> </ul>
J4 08/10/2020	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Manutention et ergonomie</b></li> <li>- Ergonomie</li> <li>- Manutention</li> </ul>
J5 09/10/2020	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Manutention et ergonomie</b></li> <li>- Manutention et appareillage</li> </ul>
J6 à J15	<b>STAGE – 70 heures du 12 au 23 octobre 2020</b>	
J16 26/10/2020	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Environnement professionnel et communication</b></li> <li>- Transmission : Dossier de transport / vocabulaire médical</li> <li>- Traçabilité et Alerte : Identitovigilance et Procédures d'Alerte</li> </ul> <p>+ <i>Exploitation du retour de stage</i></p>
J17 27/10/2020	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>AFGSU 1 Formation aux gestes et soins d'urgence, niveau 1 (obtention de l'AFGSU 1)</b></li> <li>- AFGSU urgences vitales</li> <li>- AFGSU urgences potentielles</li> <li>- AFGSU risques collectifs</li> </ul>
J18 28/10/2020	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>AFGSU 1 Formation aux gestes et soins d'urgence, niveau 1 (obtention de l'AFGSU 1)</b></li> <li>- AFGSU urgences vitales</li> <li>- AFGSU urgences potentielles</li> <li>- AFGSU risques collectifs</li> </ul>
J19 29/10/2020	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Environnement professionnel et communication</b></li> <li>- Relation et communication en contexte de soins</li> <li>- Révisions : pratiques et mises en situation</li> </ul>
J20 30/10/2020	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Evaluations</b></li> </ul>



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE - BRANCARDIER



## Le participant :

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ LIEU DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ MAIL : \_\_\_\_\_

## Situation professionnelle:

SALARIE

DEMANDEUR D'EMPLOI, **précisez votre numéro d'identifiant Pôle Emploi** : \_\_\_\_\_

ETUDIANT

AUTRE

## Session de formation choisie :

DATE(s): DU \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ AU \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ LIEU: \_\_\_\_\_

## Financement de la formation :

Personnel : **joindre IMPERATIVEMENT avec ce formulaire d'inscription** 1 chèque du montant global de la formation à l'ordre de la Croix- Rouge française

Employeur\*

Pôle Emploi\*

autre \*

**\* Pour toute prise en charge précisez ci-dessous les coordonnées de la personne à contacter pour le suivi administratif et financier de votre formation :**

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_ FONCTION : \_\_\_\_\_

STRUCTURE / ORGANISME : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ MAIL : \_\_\_\_\_

## Comment avez-vous connu notre formation?

Site internet  Salon  Portes-Ouvertes  Journaux  Facebook  Linkedin  Autre : \_\_\_\_\_

**Date, signature du stagiaire:**



Formation

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION EMPLOYEUR - BRANCARDIER

croix-rouge française



## L'entreprise :

RAISON SOCIALE: \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

PERSONNE A CONTACTER (*responsable de la formation*): \_\_\_\_\_

FONCTION: \_\_\_\_\_ TEL : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_ SITE WEB : \_\_\_\_\_

N° SIRET (**obligatoire**) : \_\_\_\_\_ CODE APE: \_\_\_\_\_

ACTIVITE PRINCIPALE : \_\_\_\_\_

NOMBRE DE SALARIES DANS L'ENTREPRISE: \_\_\_\_\_

## Session de formation :

INTER ENTREPRISE (moins de 5 personnes)     INTRA ENTREPRISE (groupe de plus de 5 personnes)

DATE(s) choisies : du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ LIEU choisi: \_\_\_\_\_

## Le Participant :

NOM PRENOM : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

EMPLOI/ FONCTION : \_\_\_\_\_

## Prise en charge de la formation :

Entreprise (voir coordonnées ci-dessus)     OPCA : préciser ses coordonnées ci-dessous

***NB dans tous les cas où l'OPCA règle directement à la Croix-Rouge (subrogation), fournir avant le début de formation l'accord de prise en charge. A défaut, la facture sera adressée à l'entreprise.***

## Comment avez-vous connu notre formation?

Site internet     Salon     Portes-Ouvertes     Journaux     Facebook     LinkedIn     Autre : \_\_\_\_\_

**Date, signature et cachet de l'entreprise:**

# MODALITÉS D'INSCRIPTION



**Envoyer le dossier complet à l'adresse administrative suivante:**

CROIX ROUGE FRANÇAISE – CRFP

6 rue de la gare – 3ème étage

44 402 REZE cedex

ou par mail à [crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr](mailto:crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr)

**Dès réception, nous vous adresserons un mail de confirmation d'inscription, suivi d'une convention de formation et une convocation qui validera votre inscription.**



## Pièces à fournir

- Fiche d'inscription dûment remplie
- Accord de prise en charge de l'OPCA si besoin
- CV + lettre de motivation
- Copie de la carte nationale d'identité ou passeport
- A confirmation : Certificat de vaccination + Certificat médical + Accord d'accueil en stage

# RENSEIGNEMENTS

Pour plus d'informations, vous pouvez nous contacter :

- par mail : [crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr](mailto:crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr)
- par téléphone au 02 40 29 47 48

Toutes nos formations et nos dates sur <http://irfss-pays-de-loire.croix-rouge.fr>

*« Nous collectons des données personnelles vous concernant. Elles sont utilisées par la Croix-Rouge française pour l'établissement de votre dossier pédagogique et administratif. Elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. Elles sont conservées par nos soins pendant toute la durée de votre formation et jusqu'à 5 ans après votre sortie. Le responsable de traitement est le Président de la Croix-Rouge française et, par délégation, le Directeur général. La Déléguée à la protection des données personnelles peut être contacté au siège de la Croix-Rouge française au 98, rue Didot – 75014 Paris ou [DPO@croix-rouge.fr](mailto:DPO@croix-rouge.fr). Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à [qualite.irfss-paysdeloire@croix-rouge.fr](mailto:qualite.irfss-paysdeloire@croix-rouge.fr). Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). »*



## Formation

### CERTIFICAT DE VACCINATIONS

Je soussigné (e), Docteur ..... certifie que  
M/Mme .....  
Né(e) le / / à ..... a reçu les vaccinations suivantes et atteste qu'elles sont à jour :

<b><u>DIPHTERIE - TETANOS - POLIO</u></b>	
<b>1ère injection</b> : Date .....	Nature du Vaccin .....
Dose .....	N° du lot .....
<b>2ème injection</b> : Date .....	Nature du Vaccin .....
Dose .....	N° du lot .....
<b>3ème injection</b> : Date .....	Nature du Vaccin .....
Dose .....	N° du lot .....
<b>RAPPEL</b> : Date .....	Nature du Vaccin .....
Dose .....	N° du lot .....
<b>RAPPEL</b> : Date .....	Nature du Vaccin .....
Dose .....	N° du lot .....
<b>VACCINATIONS A JOUR</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>Cachet et signature du Médecin</b>
si non, vaccination prévue le .....	
Vaccination effectuée le .....	
<b><u>VACCIN ANTI-TUBERCULEUX</u></b>	
<b>1er Vaccin</b> :	Nature du Vaccin .....
<b>B.C.G.</b> : Date ..... Méthode : .....	N° du Lot : .....
<b><u>TUBERTEST à 5 UNITES (OBLIGATOIRE)</u></b>	le résultat servira de test de référence (Art. R 3112-2 du Code Santé)
<b>A faire dès l'inscription</b>	<b>Cachet et signature du Médecin</b>
Date ..... Diamètre de la papule .....mm	
<b><u>HEPATITE B</u></b> : Extrait de la circulaire du 16 avril 2007 DGS/SD5C/2007/164 : "une contre indication à la vaccination contre l'Hépatite B correspond de fait à une inaptitude à l'orientation vers les professions médicales ou paramédicales".	
<b>1ère injection</b> : Date .....	Nature du Vaccin .....
Dose .....	N° du lot .....
<b>2ème injection</b> : Date .....	Nature du Vaccin .....
Dose .....	N° du lot .....
<b>3ème injection</b> : Date .....	Nature du Vaccin .....
Dose .....	N° du lot .....
<b><u>SEROLOGIE HEPATITE B - OBLIGATOIRE</u></b> : Date .....	Résultat .....
<b>A faire dès l'inscription (Joindre impérativement la copie des résultats du laboratoire d'analyses)</b>	
<b>Cachet et signature du Médecin</b>	
Si sérologie négative, vaccination prévue le .....	
Vaccination effectuée le .....	

**SIGNATURE DU MEDECIN**

**CACHET DU MEDECIN**

**DATE**



## CERTIFICAT MEDICAL

Art. 13 de l'Arrêté du 22 octobre 2005 modifié

Je soussigné(e) Docteur : \_\_\_\_\_

Exerçant à : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Certifie que Mme, M. : \_\_\_\_\_

Né(e) le :            /            /            à \_\_\_\_\_

Demeurant à : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ne présente pas de contre-indications physique et psychologique à l'exercice de la profession de brancardier et peut suivre la formation.**

Fait à :

Le :

**Cachet et Signature du Médecin**





## ACCORD D'ACCUEIL EN STAGE

Je soussigné(e) .....  
exerçant la fonction de .....  
certifie pouvoir accueillir M/Mme .....  
lors de son stage de BRANCARDIER durant la période du 12/10/2020 au 23/10/2020

Nom et fonction du référent de stage : .....

Lieu du stage :

.....  
.....

Dates du stage (obligatoirement semaines 42 et 43) : .....

Horaires de stage (laissés à l'appréciation de la structure accueillante et du participant)

**70 heures au total**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Suite à la transmission de ces informations, une convention de stage sera établie par le Centre Régional de Formation Professionnelle de la Croix Rouge française et transmise **LE PREMIER JOUR DE LA FORMATION**, au participant et par mail à la structure accueillante, accompagnée des objectifs de stage et de la grille d'évaluation de celui-ci.

**Aucune convention de stage n'est remise avant le premier jour de la formation.**

Fait le / / ,

Nom et signature

IRFSS  
Pays de la Loire

Centre Régional de  
Formation  
Professionnelle

#### Antenne de La Mayenne

Pôle Régional de Formation Santé/Sociale  
65 rue du Chef de Bataillon Henri Gêret  
CS 10305  
53003 LAVAL Cedex

#### Antenne de La Sarthe

21 rue Notre Dame  
72000 LE MANS

#### Antenne de La Loire Atlantique

6 rue de la Gare (3ème étage)  
44402 REZE CEDEX

#### Antenne du Maine et Loire

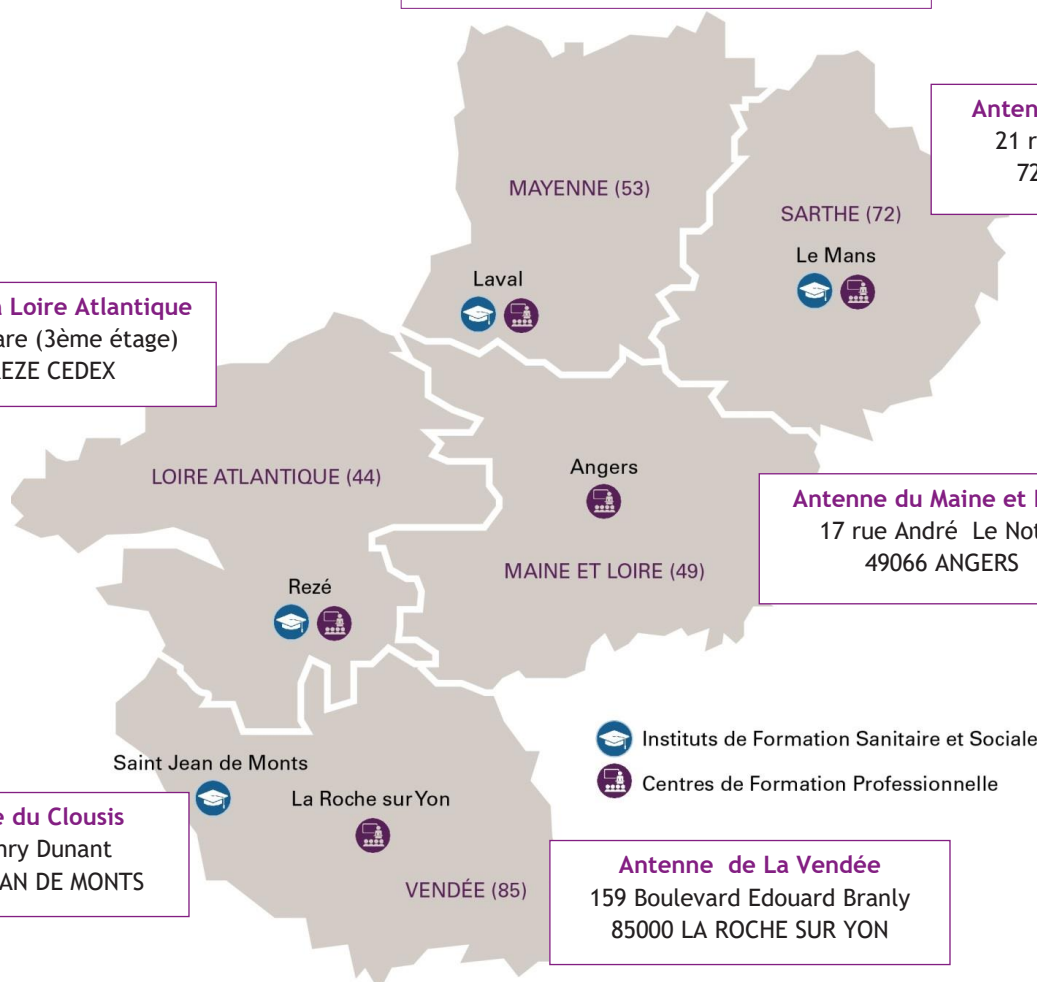
17 rue André Le Notre  
49066 ANGERS



#### • IFSI site du Clousis

1 rue Henry Dunant  
85167 ST JEAN DE MONTS

#### Antenne de La Vendée

159 Boulevard Edouard Branly  
85000 LA ROCHE SUR YON



 Instituts de Formation Sanitaire et Sociale  
 Centres de Formation Professionnelle

## i MODALITES D'INSCRIPTION

Dès réception de votre formulaire d'inscription , un mail de confirmation d'inscription vous sera adressé

Vous recevrez ensuite un contrat de formation (ou une convention en cas de prise en charge) et une convocation qui validera votre inscription

**Centre Régional de Formation Professionnelle  
Pays de la Loire**

[crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr](mailto:crfp.paysdelaloire@croix-rouge.fr)

## CONTACT

Marjorie GUILLOU : [marjorie.guillou@croix-rouge.fr](mailto:marjorie.guillou@croix-rouge.fr)

Rita DOUILLARD : [rita.douillard@croix-rouge.fr](mailto:rita.douillard@croix-rouge.fr)

**02.40.29.47.48**

#### Pour nous suivre ....

- ✓ <http://irfss-pays-de-loire.croix-rouge.fr>
- ✓ <https://www.facebook.com/irfss.paysdelaloire/>
- ✓ <https://www.linkedin.com/company/croix-rouge-formations-irfss-crfp-pays-de-la-loire/>
- ✓ <https://www.youtube.com/user/CroixRougeFR>