

<N'Demande>

Attestation d'activités salariées : Diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire
A remplir par l'employeur

Je soussigné(e) : M Mme Mlle

Nom:

Prénom:

Agissant en qualité de (fonction):

.....

Identification de l'employeur

Cachet

Nom de l'entreprise ou de l'employeur :

.....

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Certifie que: M Mme Mlle

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / / à (département de naissance)

Demeurant à :

.....

A occupé la fonction ou l'emploi de.....

Est ou a été employé(e) depuis le / / jusqu'au / / A temps plein (1) A temps partiel (1): %

(1) Rayer la mention inutile et compléter le taux pour le temps partiel

Notice à l'attention de l'employeur.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment sur la page 2 en reportant le nom et prénom du candidat.
Penser aussi à signer et à appliquer votre cachet dans le cadre prévu à cet effet sur la page 2.

Attention, vous engagez votre responsabilité pour toutes les informations communiquées dans cette attestation.

Le faux et usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000€ d'amende.

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. » (code pénal, art.441-1)

Recommandation pour le candidat à la VAE : Faire des copies de ce document et toujours conserver un exemplaire vierge en cas de besoin.

Durant cette période,(nom) (prénom) a exercé les activités suivantes liées au diplôme **d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire**

Réalisation de soins et d'activités liées à l'intervention et au geste opératoire

	Oui	Non
Préparation de l'environnement opératoire		
Coordination des équipes pendant la réalisation du geste opératoire		
Activités de circulante en bloc opératoire		
Activités d'instrumentiste en salle d'opération		
Activités d'aide opératoire		

Réalisation de soins auprès d'une personne bénéficiaire d'une intervention

	Oui	Non
Accueil et suivi du patient en zone péri-opératoire		
Réalisation des soins à la personne en zone opératoire		
Observation et suivi du patient pendant l'intervention		

Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire et dans les secteurs associés

	Oui	Non
Elaboration, mise en application, vérification et contrôle des procédures d'hygiène et de leur application		
Mise en œuvre et contrôle des mesures concernant l'hygiène des personnes au sein du bloc opératoire		
Contrôle de la tenue opératoire et de l'hygiène du patient et réalisation de la préparation cutanée		
Mise en œuvre et contrôle des mesures concernant l'hygiène de l'environnement opératoire, application de l'asepsie progressive		
Mise en œuvre et contrôle des procédures de désinfection et stérilisation des dispositifs médicaux		
Tri, conditionnement et évacuation des déchets et des dispositifs médicaux utilisés		

Mise en œuvre de mesures de qualité et de sécurité en bloc opératoire et dans les secteurs associés

	Oui	Non
Contrôle de la qualité		
Gestion des risques encourus par le patient		
Gestion des risques liés à la criticité de l'intervention		
Gestion des risques liés à l'hygiène		
Gestion des risques auxquels le personnel est exposé		
Opérations de traçabilité		

A :

Le :

Signature et cachet de l'employeur :

<N°Demande>

Attestation d'activités bénévoles : Diplôme d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire

A remplir par **deux** personnes responsables de l'organisme gestionnaire ou de la structure d'accueil

<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mle	Nous soussigné(e)s :	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Mme	<input type="checkbox"/> Mle
.....			Nom		
.....			Prénom		
.....			Agissant en qualité de		
.....			(fonction)		

Identification de l'organisme gestionnaire Cachet

Dénomination :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pour une association, date de création / / Lieu.....

Identification de la structure d'accueil (si différent) Cachet

Dénomination :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pour une association, date de création / / Lieu.....

Certifions que : M Mme Mle

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / / à (département de naissance)

Demeurant à :

a exercé une fonction bénévole de

depuis le / / jusqu'au / / A temps plein (1) A temps partiel (1): %

(1) Rayer la mention inutile et compléter le taux pour le temps partiel

Notice à l'attention des deux responsables de l'association ou de l'organisme d'accueil.

Merci de bien vouloir renseigner les deux pages de cette attestation, notamment sur la page 2 en reportant le nom et prénom du candidat. Penser aussi à signer et à appliquer votre cachet dans le cadre prévu à cet effet sur la page 2.

Attention, vous engagez votre responsabilité pour toutes les informations communiquées dans cette attestation. Le faux et usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. » (code pénal, art.441-1)

Recommandation pour le candidat à la VAE : Faire des copies de ce document et toujours conserver un exemplaire vierge en cas de besoin.

Durant cette période,(nom) (prénom) a exercé les activités suivantes liées au diplôme **d'Etat d'Infirmier de Bloc Opératoire**

Réalisation de soins et d'activités liées à l'intervention et au geste opératoire			Oui	Non
	Préparation de l'environnement opératoire			
	Coordination des équipes pendant la réalisation du geste opératoire			
	Activités de circulante en bloc opératoire			
	Activités d'instrumentiste en salle d'opération			
	Activités d'aide opératoire			
Réalisation de soins auprès d'une personne bénéficiaire d'une intervention			Oui	Non
	Accueil et suivi du patient en zone péri-opératoire			
	Réalisation des soins à la personne en zone opératoire			
	Observation et suivi du patient pendant l'intervention			
Mise en œuvre et contrôle de mesures d'hygiène en bloc opératoire et dans les secteurs associés			Oui	Non
	Elaboration, mise en application, vérification et contrôle des procédures d'hygiène et de leur application			
	Mise en œuvre et contrôle des mesures concernant l'hygiène des personnes au sein du bloc opératoire			
	Contrôle de la tenue opératoire et de l'hygiène du patient et réalisation de la préparation cutanée			
	Mise en œuvre et contrôle des mesures concernant l'hygiène de l'environnement opératoire, application de l'asepsie progressive			
	Mise en œuvre et contrôle des procédures de désinfection et stérilisation des dispositifs médicaux			
	Tri, conditionnement et évacuation des déchets et des dispositifs médicaux utilisés			
Mise en œuvre de mesures de qualité et de sécurité en bloc opératoire et dans les secteurs associés			Oui	Non
	Contrôle de la qualité			
	Gestion des risques encourus par le patient			
	Gestion des risques liés à la criticité de l'intervention			
	Gestion des risques liés à l'hygiène			
	Gestion des risques auxquels le personnel est exposé			
	Opérations de traçabilité			

Pour chacun des deux responsables de l'organisme d'accueil ou de la structure gestionnaire:

A : Le : Signature :	Cachet	A : Le : Signature :
------------------------------------	--------	------------------------------------