

MESURES TRANSITOIRES MT 3

Formation complémentaire à la réalisation des actes et activités mentionnées à l'article R.4311-11-1 du CSP pour les Infirmiers diplômés d'État

Formation de 4 h

FICHE
04

Public visé IDE exerçant au bloc opératoire et ayant obtenu une attestation provisoire selon le Décret n° 2024-954 du 23 octobre 2024

Prérequis : Joindre l'autorisation temporaire d'exercice des actes et activités de l'article R.43-11-1 du code la santé publique

OBJECTIFS

- Obtenir le justificatif attestant du suivi de la formation complémentaire mentionnée à l'article 3 de l'arrêté du 20 janvier 2025

METHODES PEDAGOGIQUES

- Apports théoriques
- Analyses de situations

MODALITES ET DELAIS D'ACCES

- Accès après validation de l'inscription (dossier complet avec **pièces justificatives obligatoires**)
 - Le bulletin d'inscription ci-joint dûment complété
 - Carte Nationale d'Identité en cours de validité
 - D.E. infirmier (copie)
 - Titulaire d'une autorisation définitive d'exercice délivrée en application de l'article 5 du décret n° 2019-678 du 28 juin 2019
 - Attestation temporaire d'exercer les actes et activités mentionnés à l'article R.4311-11-1 du CSP datant de moins d'un an au moment de la date de formation selon l'art 5 de l'arrêté du 20/01/2025
 - Adresse mail personnelle pour accès plateforme des cours
 - Pour les professionnels de la **région Centre-Val de Loire** exerçant dans les départements 18, 36 et 37.
 - Les professionnels exerçant **hors région Centre-Val de Loire** seront inscrits en fonction des places disponibles.

CONTENU

- Sensibiliser les participants à la gestion des risques liés à la mise en œuvre et à la réalisation des actes et activités visés, notamment dans le cadre de l'assistance de chirurgie :

Risques liés aux différentes techniques de :

- L'installation chirurgicale du patient
- La mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques
- La fermeture sous-cutanée et cutanée

La fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité

MODALITES D'EVALUATION

- La validation de la formation est assujettie à une obligation d'assiduité du participant durant toute la durée de la formation
Une attestation de suivi de la formation complémentaire est délivrée en fin de formation

INTERVENANTS DU CHRU DE TOURS

- Formateurs cadres de santé IBODE
- IBODE
- Juriste

MODALITÉ ET CLÔTURE DES INSCRIPTIONS

DURÉE

½ **journée** (13h à 17h)
la durée de la formation est fixée réglementairement à 4 h
En classe virtuelle
moyen de connexion internet obligatoire

Clôture inscriptions

le 13/02/2026
OU
le 16/10/2026

DATE DE LA FORMATION

17 mars 2026
OU
17 novembre 2026
de 13h à 17h

TARIFS INDICATIFS 2025

Coût de formation établissement : 630 €
Coût de formation autofinancement ou étudiant IFSI : 504 €

LIEU DE FORMATION

IFPS - Écoles du CHRU de Tours
2 rue Mansart – 37170 CHAMBRAY LES TOURS

PLUS D'INFORMATIONS

Infirmier·e bloc opératoire | Formations continues - Écoles du CHRU de Tours (chu-tours.fr)

CONTACT

02.47.47.87.00
n.babinot@chu-tours.fr

| <div> <div> Formulaire inscription 2026 MESURES TRANSITOIRES MT 3 Formation de 4 h à retourner à secretariat.ibode@chu-tours.fr </div> <div> FICHE 04 </div> </div> | |
|--|--|
| Dates de la session – cochez votre choix | <input type="checkbox"/> Session 1 : 17 mars 2026 <input type="checkbox"/> Session 2 : 17 novembre 2026 |
| Coordonnées personnelles | |
| <div> <div>Madame <input type="checkbox"/></div> <div>Monsieur <input type="checkbox"/></div> </div> | |
| Nom : | Prénom : |
| Adresse : | |
| Code postal : | Ville : |
| Tél : | Mail : |
| Coordonnées professionnelles | |
| Nom de l'employeur : | |
| Adresse de l'employeur : | |
| N° SIRET : | |
| Code postal | Ville : |
| Tél : | Mail : |
| Service actuel : | Fonction exercée : |
| Correspondant formation continue | |
| Nom du correspondant : | |
| Qualité : | |
| Tél : | Mail : |

FICHE PRISE EN CHARGE FINANCIERE 2026
(à compléter obligatoirement)

FICHE
04

Prise en charge financière par :

- ☐ Votre employeur (joindre l'attestation de prise en charge)
- ☐ Vous-même – autofinancement (compléter l'engagement de financement personnel ci-dessous)
- ☐ Autre

ENGAGEMENT DE FINANCEMENT PERSONNEL
Autofinancement

Je soussigné(e) Mme, M.
.....

m'engage sur l'honneur à régler les frais de la formation **Mesures transitoires MT 3 - 4 h** qui se tiendra à l'IFPS – École IBODE de Tours.

Fait à le

Signature