

## 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**

#### TARIFS INDICATIFS 2025

**Coût de formation: 285 €**

#### 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

## Formulaire inscription 2026 MESURES TRANSITOIRES MT 3 Formation de 4 h

**FICHE  
04**

à retourner à [n.babinot@chu-tours.fr](mailto:n.babinot@chu-tours.fr)

Dates de la session – cochez votre choix

- ☐ Session 1 : 17 mars 2026  
☐ Session 2 : 17 novembre 2026

### Coordonnées personnelles

Madame ☐

Monsieur ☐

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