



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère chargé de la santé

## ANNEXE I

# DOSSIER D'AGREMENT CESU

**ARS :**

**Département :**

**Date de réception du dossier à l'agence régionale de santé :**

CESU		ARS
<b>Dossier suivi par :</b> Nom : Prénom : Fonction : Tél : Mail :		<b>Dossier suivi par :</b> Nom : Prénom : Fonction : Tél : Mail :

Examen par la commission nationale des formations aux soins  
d'urgences et à la gestion des crises sanitaires :

**Séance du**

# Fiche signalétique du CESU

**Date de création :**

**Coordonnées du CESU :**

**Adresse :**

**Ville :**

**Code postal :**

**Tél :**

**Mail :**

**Nom et coordonnées de l'établissement hospitalier de rattachement :**

**Adresse :**

**Ville :**

**Code postal :**

**Directeur de l'hôpital siège du CESU :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Tél :**

**Mail :**

**Nom du pôle hospitalier :**

**Nom du médecin responsable du pôle :**

**Nom du médecin responsable du SAMU :**

**Nom du médecin responsable du CESU :**

**Nom du personnel infirmier d'encadrement du CESU :**

# **Création du CESU au sein du pôle hospitalier**

## **Modalités de validation**

- Date de la délibération<sup>1</sup> du Conseil d'administration de l'établissement de santé relative à la constitution du pôle hospitalier au sein duquel le CESU est ou sera intégré :

- Autre modalité (à préciser) :

- Date de création du pôle :

**Commentaires :**

---

<sup>1</sup> Joindre la délibération

# Personnels d'encadrement permanents rattachés administrativement à l'établissement de santé siège du SAMU - CESU

(Joindre un curriculum vitae et une copie des diplômes et attestations de formation requis y compris les attestations de formation continue)

<b>Identité</b> <i>(Indiquer les noms et prénoms)</i>	<b>Expérience professionnelle en structure d'urgence</b>	<b>Formation pédagogique</b>	<b>Pourcentage de temps dédié au CESU</b>
Médecin responsable du CESU :			
Personnel d'encadrement infirmier :			

# Personnels enseignants permanents rattachés administrativement à l'établissement de santé siège du SAMU - CESU

(Joindre une copie des diplômes et attestations de formation requis y compris les attestations de formation continue)

Identité <i>(Indiquer les noms et prénoms et cocher les cases correspondantes)</i>	Expérience professionnelle en structure d'urgence	Formation pédagogique	Pourcentage de temps dédié au CESU
Enseignant CESU :  <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			
Enseignant CESU :  <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			
Enseignant CESU :  <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			

# Formateurs AGSU rattachés administrativement à l'établissement de santé siège du CESU

## Hors formateurs instituts

(Joindre une copie des diplômes et attestations de formation requis y compris les attestations de formation continue)

<b>Identité</b> <i>(Indiquer les noms et prénoms et cocher les cases correspondantes)</i>	<b>Expérience professionnelle en structure d'urgence</b>	<b>Formation pédagogique</b>	<b>Nombre annuel d'heures d'enseignement ou équivalent temps plein au CESU</b>
Formateur GSU :  <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			
Formateur GSU :  <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			
Formateur GSU :  <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			

# Formateurs AGSU rattachés administrativement à un autre établissement de santé sous la responsabilité pédagogique du CESU

## Hors formateurs instituts

(Joindre une copie des diplômes et attestations de formation requis y compris les attestations de formation continue)

Identité <i>(Indiquer les noms et prénoms et cocher les cases correspondantes)</i>	Expérience professionnelle en structure d'urgence	Formation pédagogique	Nombre annuel d'heures d'enseignement ou équivalent temps plein au CESU
Formateur GSU :  <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			
Formateur GSU :  <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			
Formateur GSU :  <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Ambulancier <input type="checkbox"/> Autres (préciser) :			

## Personnels administratifs ou logistiques du CESU

	Qualification professionnelle	Activités	% temps dédié CESU
Personnel administratif ou autre personnel Fonction <sup>2</sup> :			
Personnel administratif ou autre personnel Fonction :			
Personnel administratif ou autre personnel Fonction :			
Personnel administratif ou autre personnel Fonction :			
Personnel administratif ou autre personnel Fonction :			

---

<sup>2</sup> Précisez la fonction



## Intervenants occasionnels

**Personnels ressources : formateurs NRBCE, permanenciers, psychologues et autres experts**

Noms et prénoms	Qualification	Domaines d'intervention

## Activité

### Tableau prévisionnel des formations aux soins d'urgence et gestion de crises sanitaires

Type de formation	Nombre de sessions <sup>3</sup>	Nombre de personnes/session	Public concerné	Volume horaire /session
AFGSU 1				
AFGSU 2				
Attestation spécialisée au risque NRBCe				
Formation DAE				
Formation spécialisée				
Formation pandémie grippale				
Autres (Précisez)				

<sup>3</sup> Nombre de fois où une même formation est programmée

# Activité

## Tableau prévisionnel des formations sécurité civile

Type de formation	Nombre de sessions <sup>4</sup>	Nombre de personnes/session	Public concerné	Volume horaire /session
PSC 1				
PSE 1				
PSE 2				
PAE 1				
PAE 2				
PAE 3				
BNMPS				
Autres (Précisez)				

<sup>4</sup> Nombre de fois où une même formation est programmée

**Les locaux**  
**(Préférentiellement intégré au SAMU ou à proximité immédiate)**

<b>Descriptif</b>	<b>Nombre</b>	<b>Observations</b>
Salles de formation d'au moins 30 personnes (au moins une)		
Salles de travaux pratiques permettant la réalisation de soins d'urgence en milieu professionnel		
Bureaux pour les personnels		
Autres locaux (préciser)		

## Les équipements et matériels Informatiques – Bureautiques -Audiovisuels

Descriptif	Nombre	Observations
<p><b>Informatique, bureautique et audiovisuel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. PC portable ou fixe</li> <li>. Imprimante(s)</li> <li>. Accès Internet</li> <li>. Vidéoprojecteur</li> <li>. Rétroprojecteur</li> <li>. Autres (préciser)</li> </ul>		

### Les matériels pédagogiques (1)

Type de matériel	Descriptif	Quantité
	Mannequin adulte avec écran de contrôle :	

<b>Matériel de simulation avec accessoires et consommables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. corps entier</li> <li>. tronc</li> </ul> Mannequin enfant Mannequin nourrisson Maquillage Casque intégral motard Lit hospitalier Autres :	
<b>Matériel d'urgence avec tous les consommables</b>	Valise ou chariot d'urgence complet avec matériel de soin Bouteille d'oxygène ou prise murale Ballon insufflateur avec réserve : <ul style="list-style-type: none"> <li>. adulte</li> <li>. enfant</li> <li>. nourrisson</li> </ul> Masques haute concentration Appareil d'aspiration électrique Autres :	
<b>Matériel de simulation de défibrillation</b>	DAE automatique et semi-automatique Autres :	
<b>Matériel de surveillance</b>	Appareil de mesure de pression artérielle Oxymètre de pouls Autres :	
<b>Matériel d'immobilisation et de contention</b>	Colliers cervicaux multi tailles Attelles de membre Matelas à dépression Autres :	
<b>Matériel de relevage</b>	Brancard allant au sol Autres :	

## Les matériels pédagogiques (2)

Type de matériel	Descriptif	Quantité
	<b>Protection cutanée</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>. tenues carbonées</li> <li>. tenues de décontamination</li> <li>. gants NG pour tenue carbonée</li> </ul>	

<p><b>Matériels et équipements de protection individuelle (EPI) face à un risque collectif</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. gants Butyle</li> <li>. gants Vinyle</li> <li>. Sur chaussons</li> <li>. Sur blouses</li> <li>. Lunettes</li> <li>. Autres :</li> </ul> <p><b>Protection respiratoire</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. masques complets à cartouche filtrante (CF)</li> <li>. CF d'exercice</li> <li>. Cagoules de fuite</li> <li>. Demi-masques FFP2 ou 3</li> <li>. Autres :</li> </ul> <p><b>Détection</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. appareils de détection de contamination et/ou de contrôle de décontamination</li> <li>. Autres :</li> </ul> <p><b>Divers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. mannequins</li> <li>. Brancards pour décontamination</li> <li>. Matériels de découpe de vêtements</li> <li>. Feuilles de Vinyle</li> <li>. Matériels de balisage pour constitution de sacs</li> <li>. Gants poudreurs</li> <li>. Autres :</li> </ul>	
--	--	--

**Les EPI et les matériels doivent être choisis spécifiquement en fonction des risques NRBCe**

# Critères de développement

**Participation à un réseau régional d'enseignement des soins d'urgence** (Décrire brièvement les activités réalisées)

**Partenariat avec d'autres structures (universités, service de santé des armées, associations,....** (Description succincte des objectifs et des actions)





*Liberté • Égalité • Fraternité*

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère chargé de la santé

**ARS :**

## **Rapport de visite (facultatif)**

Date de la visite :

Nom et prénom :

Fonction :

Signature