

ÉTUDIANT HOSPITALIER AU CHRU DE NANCY

GUIDE 2015-2016

SOMMAIRE

LE CHRU DE NANCY	3
Chiffres clés	4
GÉNÉRALITÉS ADMINISTRATIVES	13
Statut	13
Droits	14
Formalités	15
Gardes	16
INFORMATIONS GÉNÉRALES	18
Interlocuteurs	18
Coordonnées	19
Chartes	20
Plan d'accès	21
Annexes	22

LE CHRU DE NANCY

Constitué de 93 services médicaux et de 40 services médico-techniques, le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy emploie près de 10000 personnes (toutes catégories confondues). C'est le plus gros employeur du département de Meurthe-et-Moselle. Le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy regroupe plusieurs établissements.



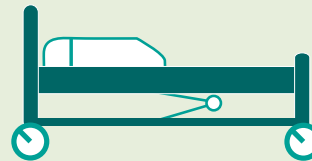
Les Hôpitaux urbains : Hôpital Central, Hôpital St-Julien, Centre St-Stanislas, Maternité
Les Hôpitaux de Brabois : Hôpital d'adultes, Hôpital d'enfants, Institut lorrain du cœur et des vaisseaux Louis Mathieu, Bâtiment des Spécialités médicales Philippe Canton

Ainsi que **d'autres établissements, associés par convention au CHRU de Nancy :**

- **L'Institut Régional de Réadaptation :** également proche de l'Hôpital Central
- **Le Syndicat Interhospitalier Nancéien de le Chirurgie de l'Appareil Locomoteur (SINCAL) :** Clinique de la Traumatologie et la Chirurgie de la main Centre Émile Gallé
- **L'Institut de Cancérologie Lorraine :** établissement régional orienté vers les pathologies cancéreuses

LE CHRU DE NANCY

STRUCTURE



1 914 lits
dont 169 places*
et 25 postes de dialyse

H Capacités d'accueil par site

Brabois adultes
367 lits, 77 places et 19 postes de dialyse

Brabois enfants
179 lits, 24 places et 6 postes de dialyse

Bâtiment des spécialités médicales Philippe Canton
196 lits et 28 places

Institut lorrain du cœur et des vaisseaux Louis Mathieu
258 lits et 9 places

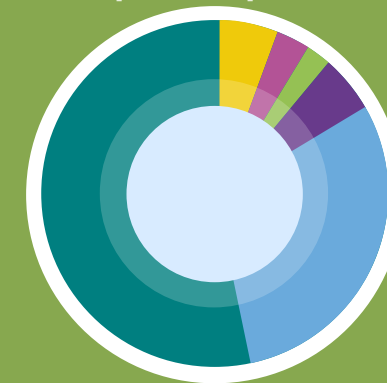
<i>Hôpital Central</i>	<i>Maternité</i>
400 lits et 15 places	155 lits et 16 places

Centre Saint-Stanislas
72 lits

Hôpital Saint-Julien
93 lits

* Structures accueillants des patients pour moins de 24h en chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation de jour ou séances pour certains traitements

Répartition des lits, places et postes par discipline



- **Médecine :** 866 lits, 151 places dont 25 postes
- **Soins de longue durée :** 106 lits
- **Soins de suite et réadaptation :** 60 lits
- **Psychiatrie :** 44 lits et 1 place
* les activités de psychiatrie ont été transférées au CPN à compter du 9 avril 2015
- **Gynécologie-Obstétrique :** 89 lits et 14 places
- **Chirurgie :** 555 lits et 28 places

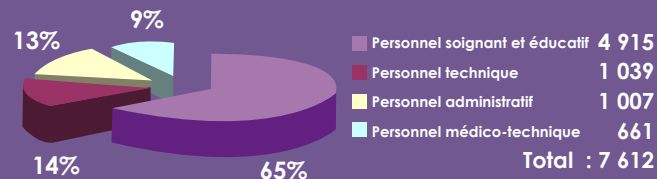
LE CHRU DE NANCY

LES RESSOURCES HUMAINES

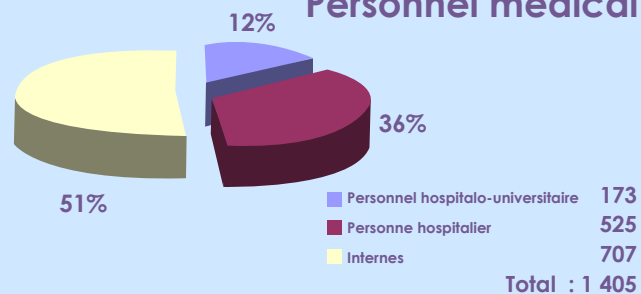


Le CHRU de Nancy est le premier employeur de Lorraine avec 10 576 personnes soit 9 985 équivalents temps plein

Personnel non médical



Personnel médical



Formation

Le personnel a bénéficié de 13 524 actions de formation continue

968
étudiants
en médecine

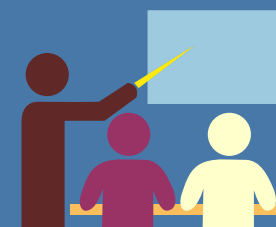
Cellule
de la Mobilité
2013-2014

1 000
entretiens réalisés

Enseignement

12 établissements ont formé 5 697 professionnels

aide-soignant
ambulancier
auxiliaire de puériculture
cadre de santé
infirmier
infirmier anesthésie
infirmier de bloc opératoire
manipulateur en électroradiologie
puéricultrice
sage-femme



LE CHRU DE NANCY

LA QUALITÉ



Enquête de satisfaction des patients 2014
(Source : enquête i-satis 2014, ministère de la santé)

68% des patients sont satisfaits de la prise en charge de la douleur.

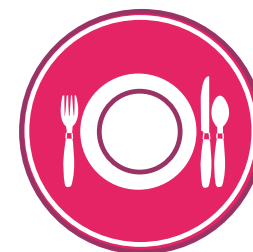
77,85% des patients sont satisfaits des soins reçus.

79,44% des patients sont satisfaits de leur séjour.

91,6% des patients recommanderaient le CHRU de Nancy à un proche s'il devait être hospitalisé pour la même raison.

78,57% des patients sont satisfaits de la qualité de l'accueil des urgences.

LA LOGISTIQUE

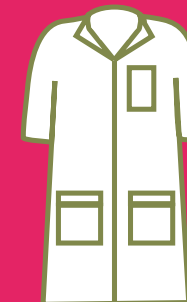


Restauration

2 122 000 repas ont été servis aux patients et au personnel soit plus de **5 800** repas par jour


Blanchisserie

3 444 tonnes de linge ont été traitées soit **13 tonnes** par jour de travail

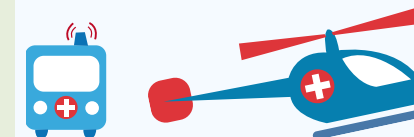


LE CHRU DE NANCY

Consultations et hospitalisations

	Consultations	Entrées directes hospitalisations complètes	Journées	Venues
Médecine	220 052	40 035	268 229	56 598
Chirurgie	145 727	23 723	152 932	6 597
Gynéco-Obstétrique	55 091	4 897	22 259	2 995
Psychiatrie	2 451	590	10 870	187
USLD		54	38 241	
SSR		674	18 958	
Odontologie	31 391			
Anesthésie	22 862			
TOTAL CHRU	477 574	69 973	511 489	66 377

URGENCES SAMU-SMUR



26%
des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation

Appels au SAMU : 454 695
Sorties SMUR terrestres : 3 881
Sorties SMUR hélicoptérées : 525

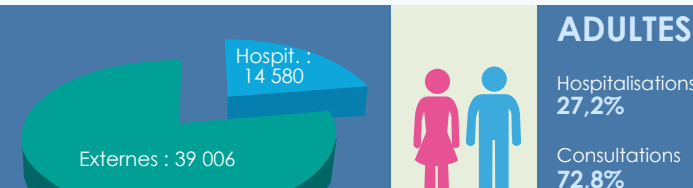
Nombre de passages aux urgences adultes et enfants
79 702 soit **218** par jour


Naissances
3 225

 **Séjours**

Durée moyenne de séjour : **6,5 jours** (médecine-chirurgie-obstétrique)
Part des hospitalisations en ambulatoire : **50%**

Centre Antipoison et Toxicovigilance
16750 consultations
1816 demandes d'information

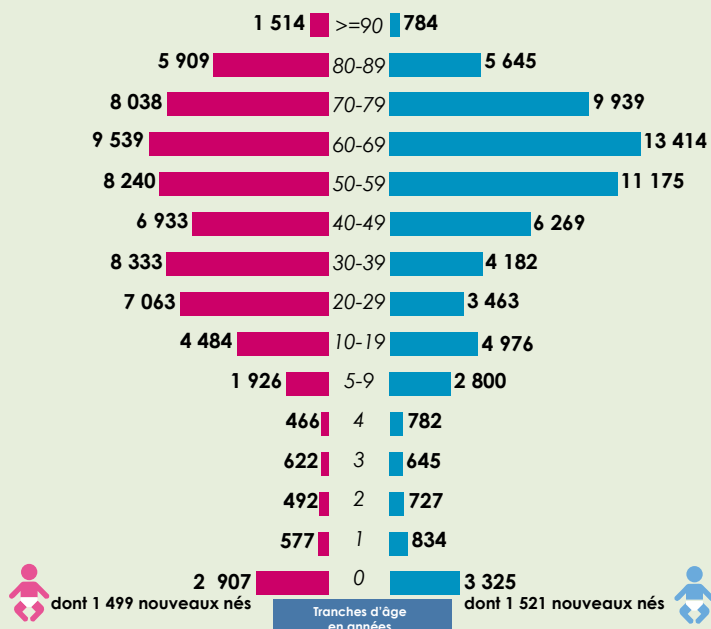


LE CHRU DE NANCY

ACTIVITÉ

Pyramide des âges des patients

Nombre de patients par tranche d'âge et par sexe



49,30%

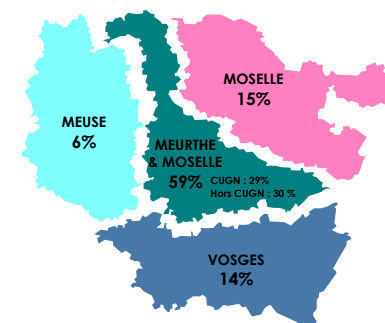


50,70%

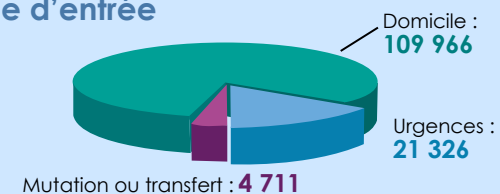
Origine géographique

94%
des patients du CHRU
résident en Lorraine

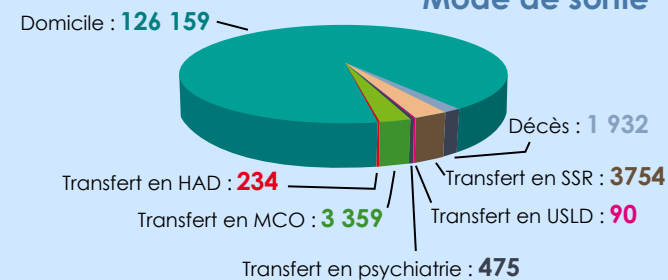
6%
viennent
d'autre régions



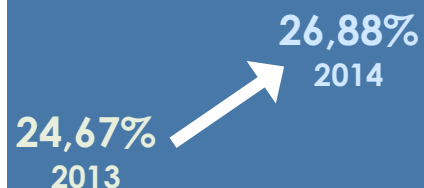
Mode d'entrée



Mode de sortie



Taux de Chirurgie ambulatoire



Télémédecine

320 actes de téléconsultations
2724 actes de téléexpertises neuroradiologiques
162 actes de téléexpertises AVC

Prélèvements d'organes

Donneurs recensés : **66**
 Prélèvements multi organes réalisés : **27**
 Prélèvements de cornées réalisés : **107**



Greffes

Greffes de moelle : **123**
 Greffes de rein : **84**
 Greffes de cornée : **37**
 Greffes de cœur : **5**
 Greffe de pancréas : **1**

LES PLATEAUX TECHNIQUES



Laboratoires

Activité clinique

13 laboratoires de biologie médicale
1 plate-forme de cytométrie
1 plate-forme de génomique microbienne
1 plateau d'Urgence Première Ligne (PUPL)
2 laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques
1 laboratoire de fœto-placentologie
1 plate-forme d'immunodiagnostic
1 laboratoire de biologie environnementale réalisant
169 millions de B et BHN et **306 000** actes
 d'anatomie et cytologie pathologiques

Activité recherche

1 plate-forme de recherche clinique « Nancytomique »

Équipements de laboratoire

1 plate-forme de cytométrie
1 plate-forme d'immunoanalyses
3 séquenceurs haut débit

LES PLATEAUX TECHNIQUES

Blocs opératoires

42 salles d'opération et **3** salles d'endoscopie

33 700 interventions chirurgicales

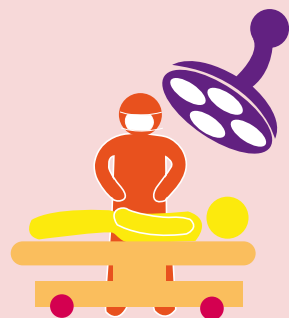
3 équipements de Circulation Extra Corporelle -

Circulation Extra Corporelle : **810**

4 consoles pour ECMO (Oxygénation Extracorporelle)

1 robot chirurgical

Interventions sous robot chirurgical : **365**



Autres équipements

6 rétinographes numérisés

5 ostéodensitomètres

5 stations d'acquisition de vidéo EEG

Activité médicale et chirurgicale

Actes d'explorations fonctionnelles : **104 154**

Examens de coronarographie : **3 527**

Angioplasties coronaires : **1 589**

Stimulateurs cardiaques : **323**

Défibrillateurs : **206**

Assistance cardiaque : **85**

Imagerie médicale

Nombre total de patients pris en charge sur les équipements d'imagerie du CHRU : **263 860** soit **1051** par jour ouvrable

79 échographes

18 salles de radiologie conventionnelle

9 salles d'angiographie

8 gamma caméras

6 IRM

5 scanners

2 PETscan



Dialyse

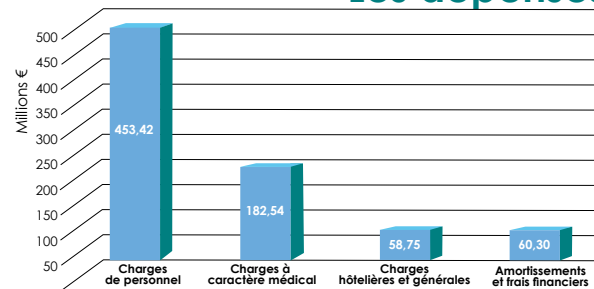
30 générateurs de dialyse

12 moniteurs d'épuration extra-rénale

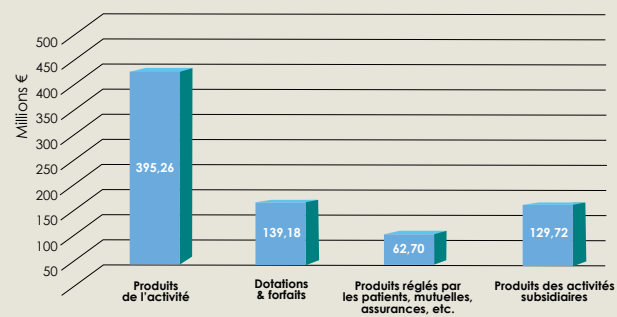
L'ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

Des dépenses totales de **755 M€**
avec **84,20 %** de dépenses de personnel et médicales.

Les dépenses

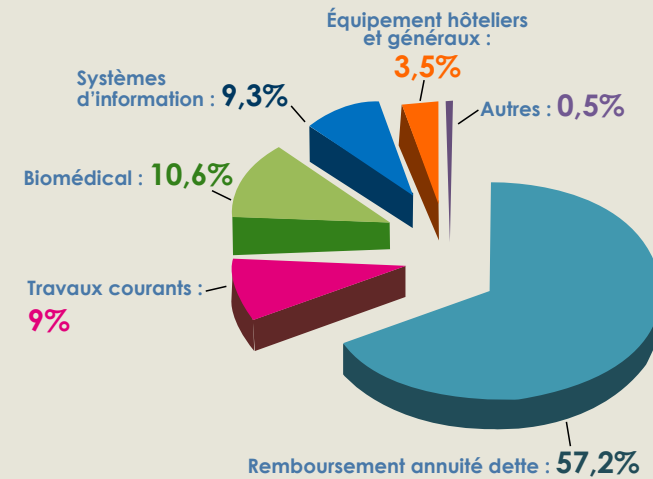


Les recettes



Les investissements

Le CHRU a réalisé **10,96 M€** d'investissements en 2014 dont **4 M€** au titre des opérations de mise en œuvre du plan de refondation.



MALADIES RARES CENTRES DE RÉFÉRENCE

Le CHRU de Nancy coordonne 4 centres de référence (label national) :

Maladies héréditaires du métabolisme
Mucoviscidose (Centre de Ressources et de Compétences - CRCM enfant adulte)
Sclérose latérale amyotrophique
Parkinson

Il est associé à 3 autres centres de référence :

	CHU coordonnateur
Angioœdèmes non histaminiques	Grenoble
Anomalies du développement et syndromes malformatifs	Dijon
Maladies Neuromusculaires (adultes et enfants)	Strasbourg

RECHERCHE BIOMÉDICALE & INNOVATION

Les professionnels de la recherche

- Personnels médicaux (pôle des Structures de Soutien à la Recherche S²R): **6 ETP** (17 personnes physiques)
- Personnels non médicaux : **125 ETP** (147 personnes physiques)

Structures de recherche labellisées

- 1** Centre d'Investigation Clinique avec trois modules : CIC Pluri thématique (CIC-P), CIC Epidémiologie Clinique (CIC-EC), CIC Innovation Technologique (CIC-IT)
- 1** Centre de Ressources Biologiques (CRB)

Succès aux appels d'offres

- 1** PHRC national
- 4** PHRC interrégionaux
- 2** FHU (Fédération Hospitalo-Universitaire)

La recherche institutionnelle

- 120** essais cliniques à promotion CHRU
- 20** nouveaux essais cliniques promus
- 51** protocoles de recherche observationnelle
- 40** collections biologiques dont la cohorte Stanislas

La recherche partenariale

- 975** études promues par des partenaires extérieurs (institutionnels et industriels)
- 84** nouveaux essais cliniques promus par des industriels
- 103** nouveaux essais cliniques promus par des institutionnels

Classement national
10^e rang
des CHU et CHR



GÉNÉRALITÉS ADMINISTRATIVES

Vous allez prendre des fonctions d'étudiant hospitalier au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, titre qui vous donne accès à un statut et à une rémunération.

Les textes qui régissent votre statut sont :

Etudiants en médecine : Articles R6153-46 à R6153-62-1 du Code la Santé Publique

Etudiants en odontologie : Articles R6153-63 à R6153-76-1 du Code la Santé Publique

Etudiants en pharmacie : Articles R6153-77 à R6153-91-1 du Code la Santé Publique

FONCTIONS

ÉTUDIANT HOSPITALIER EN MÉDECINE

Vous participez à l'activité hospitalière à partir de la 1^{re} année du 2^e cycle des études médicales.

Vous devez accomplir 36 mois de stages hospitaliers et effectuer 36 gardes formatrices.

Vous participez à l'activité hospitalière sous la responsabilité du chef de service d'affectation. Vous exécutez les tâches qui vous sont confiées à l'occasion des visites et consultations externes : examens cliniques, radiologiques, biologiques, soins et interventions.

Vous pouvez effectuer des actes médicaux de pratique courante.

Vous êtes chargé de la tenue des observations, participez aux entretiens portant sur les dossiers des patients et suivez les enseignements dispensés à l'hôpital.

ÉTUDIANT HOSPITALIER EN PHARMACIE

Vous participez, à partir de la 5^e année des études pharmaceutiques, à l'activité hospitalière sous la responsabilité du personnel médical et pharmaceutique et sous la surveillance des internes en médecine et en pharmacie.

ÉTUDIANT HOSPITALIER EN ODONTOLOGIE

Vous participez, à partir de la 2^e année du 2^e cycle, à l'activité hospitalière sous la responsabilité du chef de service d'affectation et exécutez les tâches et actes odontologiques qui vous sont confiés.

STAGES HOSPITALIERS

3 mois à mi-temps ou 1,5 mois à temps complet. La liste des stages hospitaliers est arrêtée par le directeur de l'unité de formation et de recherche et le directeur général du CHRU. Ces stages sont régulièrement soumis à votre choix en fonction de votre classement. La validation des stages hospitaliers est prononcée par le directeur de l'UFR sur avis du chef de service d'affectation.

Vous êtes soumis au **règlement intérieur** de l'établissement d'affectation qui précise notamment vos obligations à l'égard des patients, du personnel médical et de l'administration hospitalière. Vous êtes lié par le **secret professionnel** que vous devez respecter sous peine de sanction disciplinaire voire pénale. Comme tous les intervenants vous devez respecter la confidentialité des informations personnelles, médicales, sociales et la vie privée des patients. Vous devez être attentif aux principes énoncés dans la **charte du patient hospitalisé relative aux droits des patients hospitalisés** (document disponible dans chaque service, sur le site Internet du CHRU : www.chu-nancy.fr et en synthèse en annexe).

RÉMUNÉRATIONS

GÉNÉRALITÉS ADMINISTRATIVES

Votre rémunération : forfaitaire et mensuelle, son montant, fixé par arrêté interministériel, suit l'évolution des traitements de la fonction publique.

Année d'études	Montant mensuel brut (au 1 ^{er} juillet 2010)	Montant mensuel net (au 1 ^{er} juillet 2010)
4 ^e année d'études	128.06 €	105.63 €
5 ^e année d'études	248.42 €	204.93 €
6 ^e année d'études	277.55 €	228.95 €

SÉCURITÉ SOCIALE

En tant qu'étudiant hospitalier, vous êtes **affilié au régime général de la Sécurité Sociale**. Si vous n'avez jamais exercé d'activité salariée auparavant, **inscrivez-vous à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie** de votre domicile. Pour les étudiants domiciliés en Meurthe et Moselle, la Caisse de Sécurité Sociale est la **Mutuelle Nationale des Hospitaliers (MNH, 2 rue Jacquard - 54500 VANDŒUVRE - Tél : 09 69 32 45 05)**. Les prestations en espèces sont versées par la caisse de Sécurité Sociale dont vous dépendez.

Motif	Droits	Observations
Maladie	1 mois à plein traitement 1 mois à 1/2 traitement	
Maternité Paternité Adoption	congé d'une durée égale à celle prévue par la législation sociale à plein traitement	les indemnités journalières versées par la Sécurité Sociale, viennent en déduction de la rémunération

CONGÉS

Vos congés annuels : **30 demi-journées ouvrables** par année universitaire en cours, **22,5 jours** dans le cas d'un stage d'été à l'étranger, ou **15 jours ouvrables** pour les étudiants à temps complet. Le samedi est décompté comme un jour ouvrable et les droits à congés annuels pris en une seule fois ne peuvent avoir une durée supérieure à 31 jours consécutifs.

Pour les étudiants en FASM3, des aménagements de congés sont réalisés en fonction de leurs choix lors des 11^e et 12^e stages. Des autorisations d'absence pour **événements familiaux** peuvent être accordés dans les conditions suivantes :

- mariage : 5 jours
- naissance : 3 jours
- décès : 1 à 3 jours (selon le degré de parenté)

Remplir un formulaire pour toute demande de congé à retirer auprès de l'administration hospitalière. Signé par le chef de service, il doit être adressé à l'administration **au minimum 15 jours avant la date de départ**.

Il est nécessaire de conserver une copie de toute demande de congé afin que l'étudiant connaisse le solde de ses droits.

GÉNÉRALITÉS ADMINISTRATIVES

ARRÊT MALADIE

- **avertir sans délai votre service.**
- **adresser les volets 1 et 2 de l'avis d'arrêt de travail dans les 48 heures attestant de l'impossibilité d'exercer vos fonctions, à la caisse de Sécurité Sociale dont vous dépendez.**
- **adresser le dernier volet** de l'avis d'arrêt de travail dans les meilleurs délais, à la Direction des Affaires Médicales du CHRU de Nancy.
- **Le délai de carence ne s'applique pas dans les situations suivantes : accident du travail, maladie professionnelle, congé longue maladie, congé longue durée, congé maternité/paternité/adoption.**

MATERNITÉ

- **informer votre chef de service.**
- **adresser le certificat de grossesse, à la Direction des Affaires Médicales du CHRU de Nancy.**

PATERNITÉ OU ADOPTION

Vous pouvez bénéficier d'un congé rémunéré de 11 jours consécutifs non fractionnables, samedis et dimanches compris. Ces jours s'ajoutent aux 3 jours d'autorisation spéciale d'absence pouvant être accordés à cette occasion. Ils peuvent être pris consécutivement ou non à ces 3 jours.

Pour cela vous devez :

- **établir une feuille de demande de congé au moins 15 jours avant le début de votre congé, en précisant qu'il s'agit d'un congé paternité ou d'adoption.**
- **adresser un acte de naissance à la Direction des Affaires Médicales du CHRU de Nancy.**

Le congé doit être pris dans les 4 mois suivant la naissance de l'enfant, sauf autorisation de report.

ACCIDENT DU TRAVAIL

- **effectuer, sans délai, la déclaration accompagnée impérativement du certificat médical, à la Direction des Affaires Médicales du CHRU de Nancy.**

L'employeur est tenu d'en faire la déclaration écrite à la Sécurité Sociale dans les 48 heures suivant le jour où il est intervenu. Le respect de ce délai est impératif. A défaut, la Sécurité Sociale peut exiger de l'employeur le remboursement des prestations. Dans l'hypothèse où une sanction financière serait appliquée au CHRU en cas de non respect du délai du fait de la victime, l'administration hospitalière se réserve le droit d'intenter un recours contre celle-ci.

RETRAITE

Vous êtes affilié au régime de retraite complémentaire de l'**Ircantec** (Institution de Retraite des Agents non Titulaires de l'Etat et des collectivités locales). Vous recevrez annuellement un état des points acquis au cours de l'année de cotisation.

RÉGIME DISCIPLINAIRE

Vous êtes soumis au régime disciplinaire applicable aux étudiants. En cas d'infraction disciplinaire commise à l'intérieur de l'établissement d'affectation, le directeur de l'établissement en avertit le directeur de l'UFR ainsi que le directeur général de ce centre, si l'établissement en cause n'est pas le CHRU. **Le directeur de l'établissement hospitalier peut vous exclure de son établissement si votre présence est incompatible avec les nécessités du service.**

GÉNÉRALITÉS ADMINISTRATIVES

Les dispositions réglementaires prévoient que les étudiants hospitaliers en médecine doivent, à partir de la 1^{re} année du 2^e cycle des études médicales et pendant toute la durée de ce cycle, effectuer 25 gardes hospitalières présentant un aspect formateur sous la responsabilité d'un praticien de garde.

Les étudiants peuvent effectuer des gardes supplémentaires au-delà du quota de gardes validées.

SERVICE DE GARDE

Service	Point de garde	Établissement	Discipline	Observation
CHRU de Nancy				
Accueil des urgences	Point 01	Hôpital Central	Médecine	
Accueil des urgences	Point 02	Hôpital Central	Médecine	
Accueil des urgences	Point 03	Hôpital Central	Médecine	
Accueil des urgences	Point 04	Hôpital Central	Chirurgie	
Accueil des urgences	Point 05	Hôpital Central	Chirurgie	
SAMU	Point 06	Hôpital Central	Médecine	
Centre Antipoison	Point 07	Hôpital Central	Médecine	½ garde
Centre Antipoison	(2 Etudiants)	Hôpital Central	Médecine	½ garde
Maladies respiratoires	Point 08	Hôpital de Brabois	Médecine	½ garde
Réanimation médicale	Point 09	Hôpital de Brabois	Médecine	½ garde
Accueil des urgences	2 Etudiants	Hôpital d'Enfants	Pédiatrie	½ garde
Accueil des urgences		Hôpital d'Enfants	Pédiatrie	½ garde
Gynécologie Obstétrique		Maternité	Médecine	
Néonatalogie		Maternité	Médecine	
Établissements Extérieurs				
	-	CCEG	Chirurgie	

INDÉMNIISATION DE LA GARDE

Les gardes seront indemnisées selon le barème suivant (valeur au 1^{er} septembre 2015)

- 1 garde : 39,00 € (brut)
- ½ garde : 19,50 € (brut)

ORGANISATION DES GARDES

Les modalités d'organisation des listes de gardes diffèrent selon le service d'affectation.

Les modalités d'organisation des listes de gardes diffèrent selon le service d'affectation.

Les gardes au sein du pôle URM (Réanimation, Urgences, SAMU, CAP) sont réparties majoritairement sur les étudiants affectés au pôle, le reste, ainsi que les autres points, sont attribués lors des choix par la Direction des Affaires Médicales.

Les gardes à l'Hôpital d'enfants, à la Maternité et dans les établissements associés sont attribuées directement sur site par le responsable des gardes. Il convient de le contacter au plus tôt après les choix d'affectation.

D'après l'article 3 de l'arrêté du 17 juin 2013 relatif aux modalités de réalisation des stages et des gardes des étudiants en médecine, un étudiant ne peut être mis dans l'obligation de garde pendant plus de vingt-quatre heures consécutives.

De plus, d'après l'article 4 de ce même arrêté, les étudiants bénéficient d'un repos de sécurité d'une durée de onze heures intervenant immédiatement à l'issue de chaque garde de nuit et entraînant une interruption totale de toute activité hospitalière, ambulatoire et universitaire.

GÉNÉRALITÉS ADMINISTRATIVES

DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ÉTUDIANT

Compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité du service et de respecter les obligations réglementaires de formation, **le tableau nominatif de participation au service de garde revêt un caractère obligatoire**. L'étudiant de garde devra impérativement émarger la liste déposée sur le lieu de garde afin d'être indemnisé.

Dans le cas où les gardes sont prises successivement, l'étudiant ne doit quitter son poste que lorsque l'étudiant chargé d'assurer la garde suivante est arrivé.

SANCTIONS PRÉVUES

L'étudiant est responsable de sa garde. S'il est dans l'impossibilité de l'effectuer, il devra trouver un remplaçant par ses propres moyens.

La DAM devra être informée impérativement de tout changement de garde ou impossibilité d'en effectuer une. Toute absence devra être justifiée par un arrêt de travail ou certificat médical.

Tout étudiant n'assurant pas sa garde sans motif valable dûment justifié peut être passible de sanctions :

- exclusion du planning de garde pour le trimestre à venir
- invalidation de stage

Tout étudiant défaillant au service de garde peut être convoqué par **la commission de l'organisation et de la permanence des soins**. Cette commission, composée de représentants du corps médical, entendra les explications du défaillant et proposera des suites à donner et éventuelles sanctions pouvant aller jusqu'à l'invalidation du stage.

Le doyen de la faculté est systématiquement informé de toute défaillance.

L'étudiant hospitalier sera alors convoqué par la scolarité du deuxième cycle pour un entretien.

Modalités de remplacement

Dans le cas où l'étudiant ne peut, pour un motif quelconque, assurer sa garde, il lui appartient de trouver un remplaçant. Seules seront autorisées les permutations qui auront été préalablement demandées à l'aide d'un imprimé spécifique. Les permutations doivent obligatoirement être portées à la connaissance de l'administration hospitalière pour écartertoutproblème deresponsabilitéet depaiement.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Durant tout votre cursus, vos principaux interlocuteurs pour votre situation administrative et pédagogique sont :

CHRU DE NANCY



Direction des Affaires Médicales

29, avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
CO n°34 - 54035 NANCY CEDEX

Directrice des Affaires Médicales

Diane PETER

Directrice adjointe aux Affaires Médicales

Marie-Laure LANCEAU

Responsable secteur des Études Médicales

Aurore MALGRAS

Responsable adjointe du secteur des Études Médicales

Claire GAMBS CECCHI - c.cecchi@chu-nancy.fr

Gestionnaires secteur étudiants (bureau 17)

Thomas ANTOINE - DAM.etudiants@chu-nancy.fr

Tel : 03 83 85 11 71 / Fax : 03 83 85 26 04

HORAIRE D'OUVERTURE
du lundi au vendredi 8h30-12h / 14h-17h

FACULTÉ DE MÉDECINE



9, avenue de la Forêt de Haye
BP 18 - 54505 VANDŒUVRE-LÈS-NANCY

Responsable 2^e cycle :

Anne CIONI - anne.cioni@univ-lorraine.fr

Scolarité

Jean-Pierre MAQUIS

jean-pierre.maquis@univ-lorraine.fr

Bénédicte DIDRY

benedicte.didry@univ-lorraine.fr

Tél : 03 83 68 30 41 ou 03 83 68 30 42

Fax : 03 83 68 30 99

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Rue Heydenreich
BP3034 - 54012 NANCY

Scolarité

Laetitia SABY - Laetitia.Saby@univ-lorraine.fr

Tél : 03 83 68 29 58 Fax : 03 83 68 29 81

FACULTÉ DE PHARMACIE



5, Rue Albert Lebrun - 54000 Nancy

Responsable : Myriam CAËL

Scolarité

Nathalie BONTEMPS

Nathalie.Bontemps@univ-lorraine.fr

Tél : 03 83 68 22 79 Fax : 03 83 68 23 01

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Des questions sur l'organisme auprès duquel vous devez accomplir des démarches ? Consultez le tableau !

Établissement d'affectation	Nouvelle situation familiale et/ou adresse	Nouvelles coordonnées bancaires	Congés annuels Arrêt maladie Congé maternité / paternité
CHRU de Nancy	CHRU de Nancy + Faculté	CHRU de Nancy	CHRU de Nancy
Hors CHRU de Nancy	CHRU de Nancy + Faculté + Établissement d'affectation	CHRU de Nancy + Établissement d'affectation	CHRU de Nancy

INFORMATIONS GÉNÉRALES



Usagers, vos droits

Charte de la personne hospitalisée

Principes généraux*

Article 11 de la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

- 

1. Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 

2. Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.
- 

3. L'information donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.
- 

4. Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.
- 

5. Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 

6. Une personne à qui il est proposé de participer à **une recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- 

7. La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- 

8. La personne hospitalisée est **traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- 

9. Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- 

10. La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- 

11. La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet : www.sante.gouv.fr

Il peut être également obtenu gratuitement, sans délai, sur simple demande, auprès du service chargé de l'accueil de l'établissement.

* Révisé le 10/01/2015 - Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins - Direction générale de la santé - 44430008 - avril 2015



Charte de l'enfant hospitalisé

- 

1. L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessaires par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.
- 

2. Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.
- 

3. On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela n'entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.
- 

4. Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.
- 

5. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.
- 

6. Les enfants ne doivent pas être admis dans les services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.
- 

7. L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.
- 

8. L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.
- 

9. L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.
- 

10. L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé adaptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986. Charte de l'enfant hospitalisé à la Santé de 1998 préliminaire son application.

INFORMATIONS GÉNÉRALES



VILLE	KM	TEMPS	VILLE	KM	TEMPS
BAR-LE-DUC	83	60 mn	METZ	57	41 mn
BRIEY	80	63 mn	REMIEMONT	94	62 mn
ÉPINAL	71	53 mn	SARREBOURG	86	60 mn
FORBACH	112	76 mn	SARREGUEMINES	92	99 mn
FREYMING-MERLEBACH	55	43 mn	ST-AVOLD	84	72 mn
JURY LES METZ	57	41 mn	ST-DIÉ	85	62 mn
LONGWY	118	78 mn	THONVILLE	85	61 mn
LORQUIN	77	56 mn	VERDUN	94	90 mn

INFORMATIONS GÉNÉRALES

- DEMANDE DE CONGÉ
- PERMUTATION DE GARDE
- REMBOURSEMENT PARTIEL DU TITRE DE TRANSPORT
- INDEMNITÉ FORFAITAIRE DE TRANSPORT



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

POLE RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Bureau n° 17 – Secteur ETUDIANTS

Tél. : 33 (0)3 83 85 11 71

E-mail : DAM.etudiants@chu-nancy.fr

DEMANDE DE CONGES ANNUELS ET EXCEPTIONNELS

Etudiants Hospitaliers en Médecine, Pharmacie et Odontologie

Nom et Prénom : _____

N° matriculé (Situé en haut à droite du bulletin de salaire) : _____

Etudiant : Médecine Odontologie Pharmacie

Année d'études : FASM 1 FASM 2 / FASP 2 FASM 3 / T1

Service : _____

Etablissement : _____

Congés annuels sollicités : Du _____ Au _____ Inclus

Date de reprise _____

Soit _____ jours **(le samedi étant compté comme jour ouvrable)**

Congés exceptionnels sollicités (Mariage, décès, naissance), joindre obligatoirement un justificatif avec la demande :

Du _____ Au _____ Inclus

Date de reprise _____

Soit _____ jours **(le samedi étant compté comme jour ouvrable)**

Date _____ / _____ / _____

Signature

**Les demandes de congés doivent être adressées à la Direction des Affaires Médicales
15 jours au moins avant la date de départ sauf cas de force majeure justifiée.**

Avis du Chef de Service

FAVORABLE

DEFAVORABLE

Motif : _____

Cachet et Signature : _____



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE

POLE RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Dossier suivi par : T.ANTOINE

Bureau n° 17

Tél. : 33 (0)3 83 85 11 71

E-mail : DAM.etudiants@chu-nancy.fr

Imprimé à renvoyer dans les plus brefs délais (3 jours minimum avant la date de la garde) à :

Direction des Affaires Médicales – Bureau n° 17 – HOPITAL CENTRAL

GARDE DU :	GARDE DU :
HOPITAL :	HOPITAL :
POINT N° :	POINT N° :

ETUDIANT INITIALEMENT DESIGNÉ :

NOM :

PRENOM :

SERVICE :

FASM 1 – FASM 2 – FASM3
FASM 1 R – FASM 2 R – FASM3 R ⁽¹⁾

ETUDIANT REMPLACANT :

NOM :

PRENOM :

SERVICE :

FASM 1 – FASM 2 – FASM3
FASM 1 R – FASM 2 R – FASM3 R ⁽¹⁾

DATE :

SIGNATURE

ETUDIANT INITIALEMENT DESIGNÉ :

NOM :

PRENOM :

SERVICE :

FASM 1 – FASM 2 – FASM3
FASM 1 R – FASM 2 R – FASM3 R ⁽¹⁾

ETUDIANT REMPLACANT :

NOM :

PRENOM :

SERVICE :

FASM 1 – FASM 2 – FASM3
FASM 1 R – FASM 2 R – FASM3 R ⁽¹⁾

DATE :

SIGNATURE

⁽¹⁾ Entourez votre année d'études

**FORMULAIRE MENSUEL DE REMBOURSEMENT DES TITRES D'ABONNEMENT DE
TRANSPORT ENTRE LE DOMICILE ET LE LIEU DE TRAVAIL**
(Décret n°2010-676 du 21 juin 2010)

Demande au titre de la période : du au

Nom : **Prénom :** **N° de matricule :**
Fonction/statut :
Pôle : **Service :**

IDENTIFICATION DU TRAJET

Domicile habituel
Numéro et rue : **Lieu de travail**
Commune : Nom du Site :
Code postal : Commune :
Code postal :

ABONNEMENT

Type d'abonnement (annuel, mensuel, hebdomadaire)	Date de début	Date de fin	Nom du transporteur	Nature du moyen de transport utilisé (train, bus-tram, vélo)	Montant
	/ /	/ /			
	/ /	/ /			
	/ /	/ /			
	/ /	/ /			
	/ /	/ /			
	/ /	/ /			

Rappel : la prise en charge par l'employeur des titres de transport correspond à 50 % du coût de ces titres. La somme versée est non imposable, mais elle doit être réintégrée au net imposable par les déclarants qui choisissent de déduire les frais réels de leurs impôts sur le revenu.

Ce document doit être complété et renvoyé à la Direction des Affaires Médicales – Hôpital Central avant le 5 du mois suivant pour garantir un versement régulier, accompagné des justificatifs.

- **Pour un titre de transport papier :** le titre de transport usagé et une facture précisant le type d'abonnement et le montant versé ;
- **Pour une carte magnétique :** une facture précisant le type d'abonnement et le montant versé (sous réserve que la photocopie de la carte magnétique ait été fournie avec la demande de prise en charge) ;

Je soussigné (e) :

Certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande,
 Fait à le

Signature :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Je soussignée, Claire GAMBES CECCHI,
 Certifie l'exactitude des indications portées sur l'état de frais,
 Fait à NANCY, le

Signature :



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
POLE RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PARTIELLE DU PRIX DES TITRES
D'ABONNEMENT CORRESPONDANT AUX DÉPLACEMENTS EFFECTUÉS ENTRE LA
RÉSIDENTE HABITUELLE ET LE LIEU DE TRAVAIL**

(Décret n°2010-676 du 21 juin 2010)

**CE DOCUMENT DOIT ETRE COMPLETE UNE FOIS PAR AN OU À CHAQUE CHANGEMENT DE
VOTRE SITUATION AYANT UN IMPACT SUR LE TRAJET DOMICILE-TRAVAIL**

Demande au titre de la période : du au

Nom : Prénom :
N° de paie :
Fonction/statut : Temps de travail en demi-journées :
Pôle :
Service :

Employeur autre que le CHRU de NANCY (barrer la mention inutile) OUI NON
(Préciser le nom et l'adresse)

IDENTIFICATION DU TRAJET

Domicile habituel

Numéro et rue :
Commune :
Code postal :

Lieu de travail

En présence de plusieurs lieux de travail, identifier le lieu de travail où le temps de travail effectif est le plus élevé.

Nom du Site : Code postal :

SPECIFICITES DES ABONNEMENTS

En cas d'employeurs multiples (cocher la case correspondante) :

- J'utilise le(s) même(s) abonnement(s) pour me rendre chez mes différents employeurs
 J'utilise des abonnements différents pour me rendre chez mes différents employeurs

Ne mentionner que les abonnements permettant de vous rendre sur les sites du CHRU de NANCY
(Abonnement 2 et 3 à remplir uniquement en présence de transporteurs différents et de plusieurs abonnements)

Abonnement 1 :

Nature du moyen de transport utilisé : -----
Nom du transporteur : -----
Nature de l'abonnement souscrit (*cocher la case correspondante*) :
 Carte ou abonnement **nominatif** annuel avec voyages illimités
 Carte ou abonnement **nominatif** mensuel ou hebdomadaire avec nombre de voyages illimités
 Carte ou abonnement **nominatif** mensuel ou hebdomadaire avec nombre de voyages limités
Coût de l'abonnement : ____ € annuel / soit ____ € mensuel

Abonnement 2 :

Nature du moyen de transport utilisé : -----
Nom du transporteur : -----
Nature de l'abonnement souscrit (*cocher la case correspondante*) :
 Carte ou abonnement **nominatif** annuel avec voyages illimités
 Carte ou abonnement **nominatif** mensuel ou hebdomadaire avec nombre de voyages illimités
 Carte ou abonnement **nominatif** mensuel ou hebdomadaire avec nombre de voyages limités
Coût de l'abonnement : ____ € annuel / soit ____ € mensuel

Abonnement 3 :

Nature du moyen de transport utilisé : -----
Nom du transporteur : -----
Nature de l'abonnement souscrit (*cocher la case correspondante*) :
 Carte ou abonnement **nominatif** annuel avec voyages illimités
 Carte ou abonnement **nominatif** mensuel ou hebdomadaire avec nombre de voyages illimités
 Carte ou abonnement **nominatif** mensuel ou hebdomadaire avec nombre de voyages limités
Coût de l'abonnement : ____ € annuel / soit ____ € mensuel

Si l'abonnement implique l'utilisation d'une carte magnétique nominative, merci de nous fournir une photocopie lisible recto-verso de cette carte.

Je déclare que :

- Mon transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail n'est pas assuré par le Centre Hospitalier Régionale Universitaire de Nancy ;
- Je ne bénéficie pas d'un logement de fonction attribué par le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy à proximité immédiate de mon lieu de travail ;
- Je ne bénéficie pas d'un transport à titre gratuit ;
- Je ne bénéficie à aucun titre de la prise en charge des frais de transport entre ma résidence habituelle et mon lieu de travail ou d'indemnités représentatives de frais pour les déplacements domicile-travail ;

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente demande et je m'engage à signaler immédiatement toute modification qui pourrait intervenir concernant ma résidence habituelle, mon lieu de travail ou les moyens de transport utilisés et à fournir à l'administration mensuellement l'ensemble des justificatifs d'abonnement et/ou de titre de transports.

Fait à _____, le _____

Signature :

**Rappel : le taux de prise en charge par l'employeur dépend de la quotité du temps de travail.
La somme versée est non imposable, mais doit être réintégrée au net imposable par les déclarants qui choisissent de déduire les frais réels de leurs impôts sur le revenu.**

Partie réservée à l'administration :

Les conditions pour bénéficier d'une prise en charge sont remplies : **OUI** **NON**

Modalités de prise en charge partielle de l'abonnement :
Versement mensuel : ____ x ____ % = ____ €

Pour le Directeur Général et par délégation,
La Responsable adjointe des Etudes Médicales,

Claire GAMBES CECCHI



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
POLE RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Bureau n° 17 – Secteur ETUDIANTS
Tél. : 33 (0)3 83 85 11 71
E-mail : DAM.etudiants@chu-nancy.fr

FORMULAIRE TRIMESTRIEL DE DEMANDE D'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT
Etudiants en médecine
(Décret n°2014-319 du 11 mars 2014 et Arrêté du 11 mars 2014)

STAGE A MI-TEMPS

Demande au titre du trimestre de à

Nom : Prénom : N° de matricule :

Etudiant de :

Stage hors CHU de rattachement :

U.F.R. de :

IDENTIFICATION DU TRAJET

U.F.R. de rattachement

Lieu du stage

Désignation :
Adresse :
Commune :
Code postal :

Nom du Site ou du maître de stage :
Adresse :
Commune :
Code postal :

RAPPEL : Le lieu du stage doit être situé à une distance **de plus de 15 kilomètres** de l'**U.F.R.** dans lequel vous êtes inscrit.

Je soussigné(e), (nom et prénom), atteste par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport pendant mon stage et certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande.

Fait à le

Signature :

Ce document doit être complété et renvoyé à la Direction des Affaires Médicales accompagné d'un justificatif de scolarité.

L'administration se réserve le droit de demander tout document complémentaire à l'instruction de ce dossier.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Avis favorable Avis défavorable

Moéf. :

Fait à NANCY, le

Signature et cachet de l'établissement :



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
POLE RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Bureau n° 17 – Secteur ETUDIANTS
Tél. : 33 (0)3 83 85 11 71
E-mail : DAM.etudiants@chu-nancy.fr

FORMULAIRE TRIMESTRIEL DE DEMANDE D'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT
Etudiants en médecine
(Décret n°2014-319 du 11 mars 2014 et Arrêté du 11 mars 2014)
STAGE A TEMPS PLEIN

Demande au titre du trimestre de à

Nom : Prénom : N° de matricule :

Etudiant de :

Stage hors CHU de rattachement :

U.F.R. de :

IDENTIFICATION DU TRAJET

Domicile habituel

Numéro et rue :

Commune :

Code postal :

U.F.R. de rattachement

Désignation :

Adresse :

Commune :

Code postal :

Lieu du stage

Nom du Site ou du maître de stage :

Adresse :

Commune :

Code postal :

RAPPEL : Le lieu du stage doit être situé à une distance de plus de 15 kilomètres de l'U.F.R. dans lequel vous êtes inscrit **EI** de votre domicile habituel.

Je soussigné(e), (nom et prénom)..... atteste par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport pendant mon stage et certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande.

Fait à, le

Signature :

Ce document doit être complété et renvoyé à la Direction des Affaires Médicales accompagné d'un justificatif de domicile et de scolarité.

L'administration se réserve le droit de demander tout document complémentaire à l'instruction de ce dossier.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Avis favorable Avis défavorable

Motif :

Signature et cachet de l'établissement :

Fait à NANCY, le



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
POLE RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Bureau n° 17 – Secteur ETUDIANTS
Tél. : 33 (0)3 83 85 11 71
E-mail : DAM.etudiants@chu-nancy.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT
Etudiants en odontologie
(Décret n°2014-319 du 11 mars 2014 et Arrêté du 11 mars 2014)

STAGE A MI-TEMPS

Durée du stage : de.....à

Nom : Prénom : N° de matricule :

Etudiant de :

Stage hors CHU de rattachement :

U.F.R. de :

IDENTIFICATION DU TRAJET

U.F.R. de rattachement

Lieu du stage

Désignation :
Adresse :
Commune :
Code postal :

Nom du Site ou du maître de stage :
Adresse :
Commune :
Code postal :

RAPPEL : Le lieu du stage doit être situé à une distance de plus de 15 kilomètres de l'U.F.R. dans lequel vous êtes inscrit.

Je soussigné(e), (nom et prénom).....

atteste par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport pendant mon stage et certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande.

Fait à, le

Signature :

Ce document doit être complété et renvoyé à la Direction des Affaires Médicales accompagné d'un justificatif de scolarité.

L'administration se réserve le droit de demander tout document complémentaire à l'instruction de ce dossier.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Avis favorable Avis défavorable

Motif :

Fait à NANCY, le

Signature et cachet de l'établissement :



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
POLE RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Bureau n° 17 – Secteur ETUDIANTS
Tél. : 33 (0)3 83 85 11 71
E-mail : DAM.etudiants@chu-nancy.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT
Etudiants en pharmacie
(Décret n°2014-319 du 11 mars 2014 et Arrêté du 11 mars 2014)

STAGE A MI-TEMPS

Durée du stage : de à

Nom : Prénom : N° de matricule :

Etudiant de :

Stage hors CHU de rattachement :

U.F.R. de :

IDENTIFICATION DU TRAJET

U.F.R. de rattachement

Lieu du stage

Désignation :
Adresse :
Commune :
Code postal :

Nom du Site ou du maître de stage :
Adresse :
Commune :
Code postal :

RAPPEL : Le lieu du stage doit être situé à une distance de plus de 15 kilomètres de l'U.F.R. dans lequel vous êtes inscrit.

Je soussigné(e), (nom et prénom).....

atteste par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport pendant mon stage et certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande.

Fait à le

Signature :

Ce document doit être complété et renvoyé à la Direction des Affaires Médicales accompagné d'un justificatif de scolarité.

L'administration se réserve le droit de demander tout document complémentaire à l'instruction de ce dossier.

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Avis favorable

Avis défavorable

Motif :

Fait à NANCY, le

Signature et cachet de l'établissement :



CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE
POLE RESSOURCES HUMAINES ET AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES

Bureau n° 17 – Secteur ETUDIANTS
Tél. : 33 (0)3 83 85 11 71
E-mail : DAM.etudiants@chu-nancy.fr

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INDEMNITE FORFAITAIRE DE TRANSPORT
Etudiants en pharmacie
(Décret n°2014-319 du 11 mars 2014 et Arrêté du 11 mars 2014)
STAGE A TEMPS PLEIN

Durée du stage : de à

Nom : Prénom : N° de matricule :

Etudiant de :

Stage hors CHU de rattachement :

U.F.R. de :

IDENTIFICATION DU TRAJET

Domicile habituel

Numéro et rue :

Commune :

Code postal :

U.F.R. de rattachement

Désignation :

Adresse :

Commune :

Code postal :

Lieu du stage

Nom du Site ou du maître de stage :

Adresse :

Commune :

Code postal :

RAPPEL : Le lieu du stage doit être situé à une distance de **plus de 15 kilomètres** de l'**U.F.R.** dans lequel vous êtes inscrit **EI** de votre domicile habituel.

Je soussigné(e), (nom et prénom)..... atteste par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport pendant mon stage et certifie l'exactitude des renseignements portés sur la présente demande.

Fait à, le

Signature :

Ce document doit être complété et renvoyé à la Direction des Affaires Médicales accompagné d'un justificatif de scolarité et de domicile.

L'administration se réserve le droit de demander tout document complémentaire à l'instruction de ce dossier.


CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Avis favorable Avis défavorable

Motif :

Signature et cachet de l'établissement :

Fait à NANCY, le

	NOTE D'INFORMATION Indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers	
	CC / AM Date de mise en application : 01/05/2014	
<i>Direction des Affaires Médicales</i> Adresse : 29 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny 54035 NANCY CEDEX		
Suivi par : Claire CECCHI Téléphone : 03.83.85.99.43 Courrier électronique : c.cecchi@chu-nancy.fr		Etudiants hospitaliers
Degré de confidentialité :		

Objet : Attribution de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers.

Références :

Décret n°2014-319 du 11 mars 2014 portant création d'une indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie.

Arrêté du 11 mars 2014 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie accomplissant un stage en dehors de leur centre hospitalier universitaire de rattachement pris en application du décret n°2014-319 du 11 mars 2014.

La présente note a pour but de préciser les conditions d'attribution par le CHU de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants hospitaliers.

La réglementation prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire de transport, pour les étudiants hospitaliers en médecine, en odontologie et en pharmacie, lorsqu'ils accomplissent un stage en dehors de leur CHU de rattachement.

Le montant de cette indemnité est fixé mensuellement à 130 euros brut.

1. Conditions d'attribution

- a. Pour les étudiants en stage à mi-temps

Il y a versement de l'indemnité, si le lieu de stage est situé à une distance de **plus de 15 kilomètres** de l'Unité de Formation et de Recherche dans laquelle est inscrit l'étudiant.

- b. Pour les étudiants en stage à temps complet

Il y a versement de l'indemnité, si le lieu de stage est situé à une distance de **plus de 15 kilomètres** de l'Unité de Formation et de Recherche dans laquelle est inscrit l'étudiant **EI** de son domicile.

Remarques :

Cette indemnité n'est cumulable avec aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport directement versé à l'intéressé.

Le salarié doit signaler tout changement de sa situation individuelle de nature à modifier les conditions d'attribution de l'indemnité.

2. Procédure à suivre afin que l'indemnité forfaitaire de transport soit versée

Un « Formulaire de demande d'indemnité forfaitaire de transport » doit être rempli par les étudiants hospitaliers, en fonction de l'organisation de leur stage (mi-temps ou temps complet) et de leur filière (médecine, odontologie et pharmacie).

Ce document doit être rempli et retourné à la Direction des Affaires Médicales :

- soit trimestriellement pour les étudiants en médecine,
- soit en fonction de la durée effective du stage pour les autres
- et pour tous à chaque changement de situation ayant un impact sur le trajet.

Toute demande incomplète ne sera pas prise en compte.

Après instruction de la demande, la Direction des Affaires Médicales, indiquera à l'intéressé s'il remplit les conditions pour percevoir cette indemnité.

Remarques :

Lors de l'étude du dossier, l'administration se réserve le droit de vous demander tout document nécessaire à l'instruction.

La Direction des Affaires Médicales procédera à une étude complète de la demande : durée du stage, civilité, identification du trajet, conditions de distance (**plus de 15 kilomètres**), vérification du/des justificatif(s) fourni(s), versement d'un autre dispositif de prise en charge de frais de transport...



Pour les étudiants non affectés au CHU de NANCY, une attestation de l'établissement d'affectation établissant que l'étudiant n'a perçu aucune autre indemnité ou remboursement partiel ou total des frais de transport sera exigée.

3. Suspension et restrictions du versement de l'indemnité forfaitaire de transport

Le versement est suspendu si la période d'inactivité est équivalente à un mois complet et pour les motifs suivants :

- Etudiants hospitaliers en stage à temps complet sur un demi-trimestre.
- Congés maladie,
- Congés maternité, paternité et d'adoption,
- Congés sans solde (pour les étudiants en médecine et odontologie)

Les élèves médecins des écoles du service de santé des armées ne perçoivent pas cette indemnité.

Cette indemnité n'est cumulable avec aucun dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport versé directement à l'intéressé.

4. Application

Le décret instituant cette indemnité étant rétroactif au 1^{er} septembre 2013, toutes demandes faites pour une période précédentes ne seront pas traitées.

5. Informations pratiques

Les différents types de formulaires sont disponibles :

- A la Direction des Affaires Médicales

Le formulaire rempli et signé doit être envoyé à l'adresse suivante :

Direction des Affaires Médicales
Bureau N°17 – Etudes Médicales
Hôpital Central
29 av du Maréchal de Lattre de Tassigny
54035 NANCY CEDEX

Fait à Nancy le 18 juin 2014.

La Directrice Adjointes aux Affaires Médicales



Marie-Laure LANCEAU

DESTINATAIRES
Pour information :
▪ <i>Diffusion générale</i>
Pour exécution :