

DOSSIER MÉDICAL EN FORMATION PARAMÉDICALE

ANNÉE : 2021-2022

Étudiant Infirmier

Élève Aide-Soignant

Nom :

Date de naissance :/...../.....

Prénom :

Afin de satisfaire aux Conditions médicales exigibles à l'entrée en formation et afin de pouvoir être admis définitivement au Centre de Formation aux Métiers de la Santé, il est indispensable de :

1. Produire au plus tard le 1^{er} jour de la rentrée :

Un certificat médical établi par un médecin agréé (uniquement en 1^{ère} année, hors redoublants) attestant d'une part « **que vous ne présentez pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession** ». Et d'autre part que « **les vaccinations sont conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de Santé en France** ».

Documents à joindre **obligatoirement** :

- **Le tableau récapitulatif complété des vaccinations obligatoires et recommandées à l'entrée en formation (cf document au verso),**
- **La photocopie de votre dernier dosage d'anticorps anti-HBS.**

Vous trouverez en *annexe*, l'algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé.

VACCINATIONS OBLIGATOIRES ET RECOMMANDÉES EN FORMATION PARAMÉDICALES

Nom : Prénom : Année :

Pour chaque vaccin, vous préciserez la ou les dates d'injection(s).

VACCINS OBLIGATOIRES :

◦ Diphtérie, Tétanos, Polio :/...../.....

◦ Hépatite B :

Schéma à 3 doses (0-2-7 mois)

- ▶/...../.....
- ▶/...../.....
- ▶/...../.....

ou (0-1-6 mois)

- ▶/...../.....
- ▶/...../.....
- ▶/...../.....

Schéma à 2 doses

(0-6 mois)

- ▶/...../.....
- ▶/...../.....

Schéma accéléré

(J0-J7 J21) + rappel 12 mois après

- ▶/...../.....
- ▶/...../.....
- ▶/...../.....
- ▶/...../.....

VACCINS FORTEMENT RECOMMANDÉS :

◦ Tuberculose (BCG) :/...../.....

◦ IDR de moins de 3 mois :/...../..... Résultat en mm :

◦ Grippe saisonnière :/...../.....

◦ COVID 19 (2 doses) : ▶/...../.....
▶/...../.....

VACCINS RECOMMANDÉS :

◦ Coqueluche :/...../.....

◦ Hépatite A :/...../.....

◦ Rougeole, Oreillons, Rubéole :/...../.....

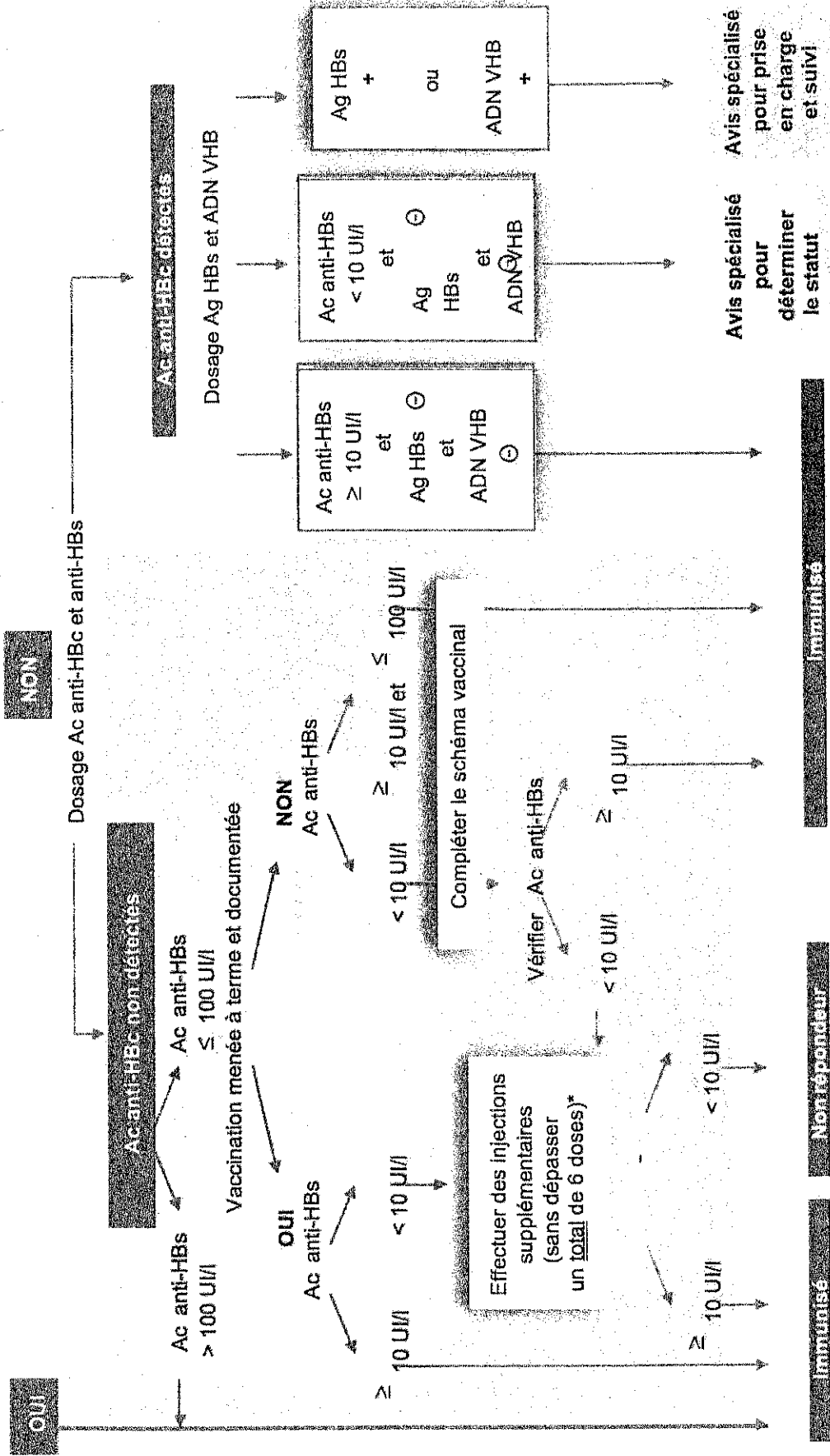
◦ Varicelle :/...../.....

Fait à
Le/...../.....
Signature et Cachet
du Praticien :

4.9 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé

Instruction no DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027830751&categorieLien=id>

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B