Institut de Formation en Soins Infirmiers
2, avenue du Docteur Roullet
19208 USSEL Cedex

DOSSIER MEDICAL

Concernant :

.....

site Ussel ☐
Site Limoges ☐

- ☐ Redoublant
- ☐ Elève ayant suivi une formation AS à l'IFAS du CHHC
- ☐ Agent du CHHC

CONDITIONS MEDICALES

Cf. Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux
Cf Arrêté du 2 août 2013

L'admission définitive à l'Institut de Formation sera officielle, au plus tard le premier jour de la rentrée **si** le futur étudiant fournit :

- un certificat établi par un médecin agréé attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (liste disponible sur le site de l'A.R.S. de votre région)
  Remarque : tout certificat qui sera délivré par un Médecin NON AGREE sera REFUSE.

- Photocopies lisibles du carnet de santé des vaccinations contre :

  - Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite – Coqueluche

  - Tuberculose : B.C.G. (une seule vaccination est obligatoire).

  - Hépatite B : le schéma vaccinal doit comporter :

    ➔ 2 injections à UN mois d'intervalle + rappel à SIX mois (M0, M1 et M6) ;

    OU

    ➔ 3 injections à UN mois d'intervalle avec rappel à UN an (M0, M1, M3 et M12)

    Si et seulement si le schéma vaccinal a été respecté, un dosage d'anticorps Hbs (à un mois minimum d'intervalle de la dernière injection) doit être fourni.

    Pour les professions de santé dont vous allez faire partie, les anticorps doivent être **supérieurs à 100 ui/l**.

    En deçà, vous devrez compléter par
    - un dosage des anticorps Hbc
    - si ces derniers sont détectables dosage des antigènes Hbs et charge virale.

    Un rappel pourra être proposé, si le taux d'anticorps est inférieur à 100ui/l, sans dépasser 6 injections en tout.

    NB : en cas d'urgence :
    Un schéma d'urgence peut être proposé

Les personnes n'ayant reçu aucune injection ou une seule, ne pourront partir en stage.

Il est donc **indispensable** de vous préoccuper de votre statut **dès l'acceptation** de votre entrée en formation.

Aucun stage ne pourra être débuté tant que les conditions d'immunisation ne seront pas remplies

La vaccination contre l'Hépatite B est OBLIGATOIRE pour les professionnels de santé (Article L 311-4 du Code de la Santé Publique

De plus, à faire prescrire par votre médecin traitant :

- sérologie de la rubéole
- radiographie pulmonaire de **moins de 3 mois**
- test tuberculinique (IDR) **datant de moins de trois mois** : le résultat (diamètre de l'induration) doit être exprimé en millimètres

La vaccination anti-covid n'est pas obligatoire mais fortement recommandée pour les étudiants en santé

Les dates précises des vaccinations doivent être indiquées

Joindre la photocopie du carnet de vaccination
Ou du carnet de santé

Il est particulièrement conseillé aux candidats de s'assurer qu'ils sont immunisés contre les oreillons et la rougeole.

Si le Schéma vaccinal n'a pas été respecté (2 injections), il est fortement recommandé pour les futurs professionnels de santé de se faire vacciner.

Pour toute question (difficulté d'approvisionnement en vaccin…), vous pouvez joindre le service de Médecine Préventive :

- au 05 55 36 43 78 (Cf . Jours des permanences sur Intranet)

- mail : s.lissajoux@ch-ussel.fr – c.ballay@ch-ussel.fr

DOCUMENTS A FOURNIR

❑ Photocopies du carnet de vaccination ou du carnet de santé concernant :

- Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche
- Hépatite B
- Rougeole, Oreillons, Rubéole
- Tuberculose (BCG – MONOVAX)

❑ Sérologie de la Rubéole

Vaccination contre le covid à jour

❑ Dosage d'anticorps Hbs, et dosage complémentaire si anticorps Hbs < 100.

❑ Compte rendu de la radio pulmonaire

❑ Résultat de l'IDR (Diamètre en mm)

❑ Certificat par un Médecin agrée

❑ Fiche médicale jointe remplie, datée et signée par un Médecin.

Tout dossier **INCOMPLET**
ne permettra pas à l'étudiant de partir en stage.

Réalisation : département communication
ARS Nouvelle-Aquitaine (2022)

- Inscription des étudiants en santé -
Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : .....
- ☐ Médecine
- ☐ Odontologie
- ☐ Pharmacie
- ☐ Sage-femme

ou Institut de formation : .....

Année d'admission : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Tél. : .....

Département de naissance : .....

Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....

NOM de naissance : .....

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

Email : .....

Code postal lieu de résidence : .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. **Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription** *(article L3111.4 du Code de la Santé Publique).*

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage ☐
Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / .... Nom : .....

Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / .... Nom : .....

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :
1) **Ac anti-HBs** > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
2) **Ac anti-HBs** ≥ 10 UI/l et **Ac anti-HBc** négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :
- **soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3ème au moins 5 mois après la 2ème dose**
- **soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois**
- **soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an**

} **avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg**

- **Première dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Deuxième dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Troisième dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Injections supplémentaires =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
  => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  => Date : .. / .. / .... Nom : .....

Covid-19*

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / .... **Première dose =>** Date : .. / .. / .... **Deuxième dose =>** Date : .. / .. / .... **Rappel =>** Date : .. / .. / ....

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :
- ☐ **Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ...**
- ☐ **Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable**

Personnes nées depuis 1980 :
- ☐ **vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD**

Schéma vaccinal :
- **Première dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Deuxième dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....

Varicelle

- ☐ **Antécédent de maladie**
- ☐ **Pas d'antécédent ou doute**

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée
- **Première dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....
- **Deuxième dose =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / .... Nom : .....

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1er avril 2019) recueillir uniquement des élements ci-dessous

BCG
=> Date : .. / .. / ....

Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation
(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)
- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

** Obligatoire*

***** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.***