

École de puéricultrices
Institut de formation en Soins Infirmiers (IFSI)
Institut de formation d'aides-soignants (IFAS)
2 rue du Docteur Delafontaine 93205 SAINT-DENIS Cedex
www.ch-stdenis.fr/rubrique « Vous êtes étudiants ou candidat »
École de puéricultrices
Tél : 01 42 35 62 22 ou 64 73 Fax : 01 42 35 62 76
ecole.puericulture@ch-stdenis.fr
IFSI - IFAS
Tél : 01 42 35 64 73 ou 60 31 Fax : 01 42 35 62 48
hsd-ifsu@ch-stdenis.fr

NOM : **Prénom** :

Adresse mail : @

Coordonnées téléphoniques :

Filière (cocher la mention correcte) :

- aide-soignant(e)
- infirmier(ère)
- infirmière puéricultrice

Année scolaire : 2019 - 2020

DOSSIER MEDICAL

**Le candidat doit conserver une copie de ce dossier médical
et des résultats d'examens**

- Après de votre médecin traitant, faire réaliser ou mettre à jour les examens suivants :
 - Une radiographie pulmonaire et son compte rendu datant de moins de trois mois.
 - Une IDR à la tuberculine avec résultat de la lecture en mm datant de moins de trois mois
 - Faire remplir l'attestation médicale d'immunisation et de vaccinations suivantes (page 2 & 3)

- Après d'un médecin agréé par l'ARS faire remplir le certificat d'aptitude ci-joint (page 4) : Joindre une copie :
 - Du compte-rendu de la radiographie des poumons
 - Des résultats de la dernière sérologie de l'hépatite B (Ac anti-HBs et/ou Ac anti-HBC)
 - Du carnet de vaccinations à jour

**ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES
CANDIDAT A L'INSCRIPTION EN FORMATION DE PROFESSIONS DE SANTE**

MEDECIN :

Dr Nom Prénom :

Qualification :

Adresse :

Téléphone :

Je, soussigné(e) Dr..... ,

certifie que M. / Mme :

NOM : Prénom :

Né(e) le :

Candidat(e) à l'inscription filière a été vacciné(e) :

- Contre la diphtérie (obligatoire), le tétanos (obligatoire), la poliomyélite (obligatoire) et la coqueluche (recommandée) :

Schéma vaccinal initial effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot
Dernier Rappel effectué datant de moins de 10 ans		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- Contre la Rougeole (recommandée) - Oreillons (recommandée) - Rubéole (recommandée) :

Nom du vaccin	Date	N° lot
1°		
2°		

- Contre l'hépatite B (obligatoire) (selon les algorithmes en vigueur page 5),

Sérologies initiales :

Dosage	Ac anti HBs	Ac anti HBc	Antigène HBs
Résultats :			

Vaccins – hépatite B		
Nom du vaccin	Date	N° lot

Sérologie post-vaccinale Ac anti HBs		selon les conditions définies par les algorithmes, il/elle est considéré(e) comme			Signature du médecin et cachet
Date	Résultat	Non répondeur	Protégé	Immunisé	

Candidat(e) à l'inscription filière a réalisé sa **radiographie pulmonaire** obligatoire le : / / et les résultats sont contrôlés par le médecin traitant.

Date : / /

Signature et cachet du médecin :

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE PAR L'ARS

(Quel que soit le département de la France)

LIEN LISTE DES MEDECINS AGRES DE LA SEINE SAINT-DENIS

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE->

[FRANCE/ARS/7 Acteurs en Sante/professions medicales et para/Liste des professionnels agrees/93 Arrete medecins genes specs agrees 93.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/7_Acteurs_en_Sante/professions_medicales_et_para/Liste_des_professionnels_agrees/93_Arrete_medecins_genes_specs_agrees_93.pdf)

Je soussigné(e), Docteur, Médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé
– Département :

Certifie avoir examiné M. / Mme

Né(e) le / /

Demeurant :

.....
.....

et atteste qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession (*cocher la mention correcte*) :

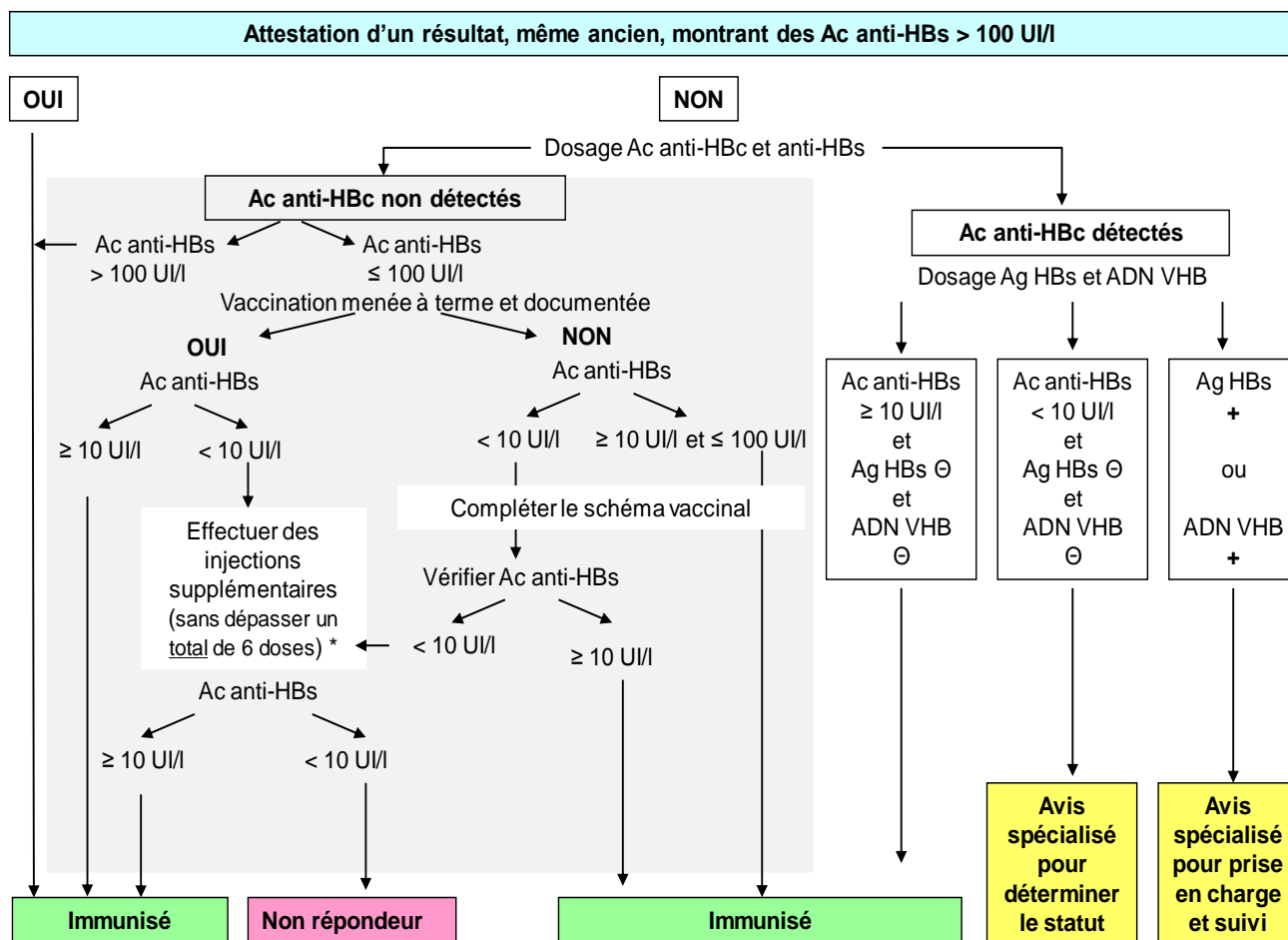
- d'aide-soignant(e)
- d'infirmier(ère)
- d'infirmière puéricultrice

Fait à :

Signature et cachet :

Le : / /

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



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

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

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)