

## PROCEDURE POUR LE DOSSIER MEDICAL

### A REMPLIR POUR VOTRE ENTREE EN FORMATION :

Le référentiel de la formation élève auxiliaire de puériculture et élève aide-soignant exige qu'une visite médicale soit effectuée tous les ans avant chaque rentrée scolaire.

Vous trouverez en pièce jointe un dossier médical à faire remplir, dater, signer et tamponner par un médecin de votre choix.

**IMPORTANT** : vous pouvez choisir un médecin agréé ARS SANTE de votre choix, votre médecin traitant par exemple **à condition qu'il soit agréé ARS SANTE**

### **CE DOSSIER MEDICAL DOIT ETRE REMIS OBLIGATOIREMENT LE 1<sup>ER</sup> JOUR DE LA RENTREE SCOLAIRE**

#### **IL DOIT COMPORTER 4 ELEMENTS :**

- 1/ LE CERTIFICAT D'APTITUDE MEDICALE signé d'un médecin agréé ARS
- 2/ L'ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES
- 3/ **LE COMPTE RENDU DE RADIO PULMONAIRE** (pas la radio)
- 4/ LE RESULTAT DE SEROLOGIE DE L'HEPATITE B

✚ Il est donc très fortement conseillé d'anticiper et d'effectuer cette visite médicale **dès juillet** afin de vous prémunir au cas où vous devriez effectuer des examens ou des rappels de vaccinations, notamment l'hépatite B.

✚ N'oubliez pas que nombreux médecins peuvent être en vacances.

### **ATTENTION !**

Il vous faudra vérifier que dans le document « **Attestation de vaccination** » à remplir pour la 1<sup>ère</sup> année, toutes les rubriques sont remplies.

- Vaccination DTP (date du dernier rappel)
- Vaccination BCG (date de la dernière vaccination)
- Vaccination Hépatite B

La Vaccination COVID 19 n'est plus obligatoire, mais elle reste fortement recommandée

- RADIO PULMOMAIRE :

Elle est demandée uniquement pour l'entrée en 1<sup>ère</sup> année de formation.

## DEMARCHE EN FONCTION DE LA SEROLOGIE

### HEPATITE B :

**Le médecin doit impérativement indiquer votre immunité contre l'hépatite B.**

**Pour cela, vous devez effectuer une sérologie. Cette sérologie doit nous être remise avec le dossier médical.**

Si le taux des AC-anti-HBS est supérieur à 100 ui/l (ou 1000 ui/l) : vous êtes considéré comme immunisé contre l'hépatite B. Si cette attestation nous a été fournie en 1<sup>ère</sup> ou 2<sup>e</sup> année, elle reste valable pour votre 3<sup>e</sup> année.

Si le taux des AC-anti-HBS est compris entre 10 et 100 ui/l : **vous devez faire un rappel si votre schéma vaccinal est incomplet, et une sérologie doit être faite tous les ans.**

Si le taux des AC-anti-HBS est inférieur à 10 ui/l : vous n'êtes pas immunisé contre l'hépatite B ; **un rappel est obligatoire**, suivi d'une sérologie pour vérifier un à deux mois après.

*Le protocole nécessite des injections supplémentaires sans dépasser un total de 6 doses.*

Si, après 6 injections, votre médecin estime que vous ne répondez pas à la vaccination hépatite B : vous êtes considéré comme « NON REPONDEUR A LA VACCINATION »

Non répondeur(se) à la vaccination :    OUI                    NON    entourer « OUI »

**Pour les « non répondeurs » à la vaccination, veuillez fournir un certificat médical justificatif**



Nom de NAISSANCE :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

## ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Je, soussigné, Docteur (Nom Prénom): .....

Titre et qualification : ..... Téléphone : .....

*Cette attestation médicale ne peut être établie à l'entrée en formation que par un médecin qui est agréé par l'ARS pour l'entrée en formation des étudiants-infirmiers et dont le nom figure sur la liste ARS (Agence Régionale de Santé) de votre département.*

Adresse : .....

certifie que M/Mme ....., a été vacciné(e) :

### • Contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (D.T.P.) :

| Injections         | Nom du vaccin | N° de lot | Date injections |
|--------------------|---------------|-----------|-----------------|
| 1 <sup>ère</sup> : |               |           |                 |
| 2 <sup>ème</sup> : |               |           |                 |
| 3 <sup>ème</sup> : |               |           |                 |
| Rappels :          |               |           |                 |

### • Contre l'Hépatite B :

| Injections         | Nom du vaccin | N° de lot | Date injections |
|--------------------|---------------|-----------|-----------------|
| 1 <sup>ère</sup> : |               |           |                 |
| 2 <sup>ème</sup> : |               |           |                 |
| 3 <sup>ème</sup> : |               |           |                 |
| Rappel :           |               |           |                 |

L'attestation d'un résultat montrant des AC anti HBs > 100UI/l, et selon les conditions indiquées en annexe 1, il/elle est considéré(e) comme :

- immunisé(e) contre l'Hépatite B : ..... OUI NON

- Non répondeur(se) à la vaccination : ..... OUI NON

*Pour les non répondeurs à la vaccination, veuillez fournir un certificat médical justificatif.*

### • Contre la COVID 19

|                            | Nom du vaccin | N° lot | Dates injections |
|----------------------------|---------------|--------|------------------|
| 1 <sup>ère</sup> injection |               |        |                  |
| Rappel n°1                 |               |        |                  |
| Rappel n°2                 |               |        |                  |
| Infection COVID            |               |        |                  |

• **Par le B.C.G. : Vaccin antituberculeux (non obligatoire)**

| Vaccin intradermique ou Monovax® | N° lot | Date (dernier vaccin) |
|----------------------------------|--------|-----------------------|
|                                  |        |                       |

Cicatrice vaccinale : Oui                      non

**Test Tuberculinique (IDR à 5 unités de tuberculitique liquide)**

*Une IDR ne sera pratiquée que s'il y a risque et pas de vaccination antérieure. Une vaccination par le vaccin tuberculeux BCG sera proposée par le médecin agréé ARS au cas par cas aux étudiants possiblement exposés au risque tuberculeux dans le cadre de leurs stages, non antérieurement vaccinés et ayant un test immunologique de référence négatif.*

|                      |  |
|----------------------|--|
| Date du test : ..... | Résultat * : ..... mm<br>* indiquer négatif ou positif et diamètre de l'induration |
|----------------------|--|

• **Radiographie Pulmonaire : cliché de face datant de moins de 3 mois Joindre uniquement le compte rendu**

(Pour les étudiants infirmiers, radio demandée uniquement pour l'entrée en 1<sup>ère</sup> année de formation )

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| Effectuée le : ..... | Résultats : ..... |
|----------------------|-------------------|

Lieu, date : .....

**Signature et cachet du Médecin agréé ARS :**

ŒUVRE  
DU PERPETUEL  
SECOURS

**GroupeSOS**  
Entreprendre au profit de tous

CNIT 3 – 2 place de la Défense

92800 PUTEAUX



**PROMOTION IDE 2024 / 2027**

Nom de NAISSANCE :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

## **CERTIFICAT D'APTITUDE MEDICALE ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE ARS :**

**A remettre pour le 1<sup>er</sup> jour de la rentrée scolaire**

Je, soussigné(e), Docteur .....

Médecin généraliste agréé ARS (Agence Régionale de Santé) certifie que :

Mme, Monsieur .....

Né(e) le ..... à .....

Ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession pendant son année de formation et est à jour de ses vaccinations obligatoires.

Pour faire valoir ce que de droit,

A ..... le .....

Signature et cachet du médecin généraliste agréé ARS