

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| <b>IFSI FRANCO BRITANNIQUE OPS</b><br><b>2 place de la Défense – CNIT 3 – 92800 PUTEAUX</b><br><b>PROMOTION INFIRMIERE</b><br><b>2022/2025</b> | Nom de <b>NAISSANCE</b> : ..... |
|  | Prénom : .....                  |
|  | Date de naissance : .....       |

### ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

En référence à l'arrêté du 06/03/2007 : « L'admission définitive dans un institut de formation en soins infirmiers est subordonnée à la production d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France »

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 élèves Auxiliaire de Puériculture 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 :           |               |           |                 |

Suivant l'attestation d'un résultat montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/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.

• **Par le B.C.G. : Dans le cas où l'étudiant(e) a déjà été vacciné(e), compléter le cadre ci-dessous :**

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

Cicatrice vaccinale : Oui  non

**Test Tuberculique datant de moins de 1 mois (IDR à 5 unités de tuberculique liquide) – Voir Annexe 2**

Une IDR 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**

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

Lieu, date : .....

Signature et cachet du Médecin agréé ARS :

|   |   |
|---|---|
| IFSI FRANCO BRITANNIQUE OPS<br>2 place de la Défense – CNIT 3 – 92800 PUTEAUX | Nom de <b>NAISSANCE</b> : .....             |
| <b>PROMOTION INFIRMIERE</b><br><b>2022/2025</b>                               | Prénom : .....<br>Date de naissance : ..... |

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

**A remettre pour le 1<sup>er</sup> jour d'entrée en formation  
(Le 05/09/2022)**

Je, soussigné(e), Docteur ....., médecin  
généraliste agréé ARS (Agence Régionale de Santé) certifie que :

Madame,  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,

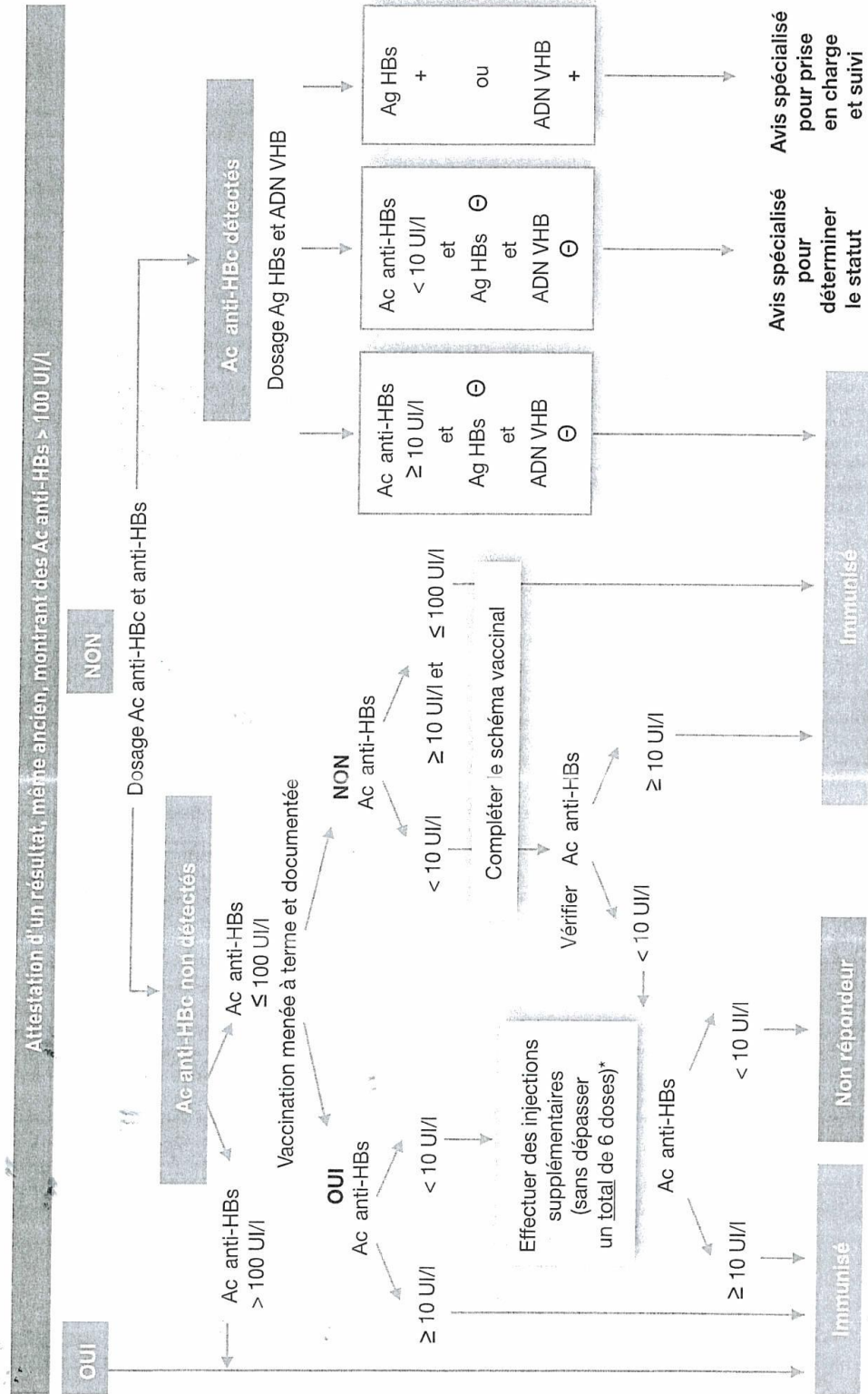
A ..... le .....

**Signature et cachet** du médecin généraliste agréé ARS

# ANNEXE 1

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

Instruction n° DGS/RH/R12/2014/21 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



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

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

## ANNEXE 2

### CONCERNANT LA TUBERCULOSE

[[1] Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques ; 1].

Sont considérées comme ayant satisfait à la vaccination par le BCG (*Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques, qui détermine les conditions dans lesquelles la cicatrice pourra être considérée comme une preuve d'une vaccination par le BCG.*) :

- les personnes apportant la preuve écrite de cette vaccination ;
- les personnes présentant une cicatrice vaccinale pouvant être considérée comme la preuve de la vaccination par le BCG.

**Les dispositions réglementaires ont été récemment modifiées.**

**A compter du 1<sup>er</sup> avril 2019, l'obligation d'une vaccination par le BCG est suspendue pour les personnes qui sont inscrites dans les établissements préparant au métier de XXXXXXXX.**

**Toutefois, le médecin de santé au travail du lieu de stage apprécie l'exposition au risque de tuberculose.**

**Une IDR sera pratiquée que s'il y a risque et pas de vaccination antérieure.**

**Une vaccination par le vaccin antituberculeux BCG sera proposée au cas par cas aux étudiants possiblement exposés de façon répétée au risque tuberculeux dans le cadre de leurs stages, non antérieurement vaccinés et ayant un test immunologique de référence négatif.**