

Dossier Santé

Pour l'entrée en institut de formation paramédicale

I.F.A.S

I.F.S.I

Date d'entrée en institut de formation

.....

Site de l'institut de formation

Châteauroux

Le Blanc

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

FICHE D'IDENTIFICATION

LIEU DE NAISSANCE :

SITUATION FAMILIALE :

ADRESSE :
.....
.....
.....

TELEPHONE :

MAIL :

MEDECIN TRAITANT :

FORMATIONS SCOLAIRES OU PROFESSIONNELLES
.....
.....
.....
.....
.....

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES
.....
.....
.....
.....
.....

Vous avez choisi un métier de soins et de communication qui exige de répondre à certains critères de santé physique et psychologique.

Au terme de l'arrêté relatif à votre diplôme **vous devez, pour votre entrée en formation :**

I- **Faire compléter le certificat de vaccinations** pour les futurs professionnel/-les de santé par **votre médecin traitant** et apporter les preuves demandées
Faire établir le certificat d'aptitude par un **médecin agréé**

II- **Compléter le questionnaire de santé**

III- **Fournir :**

- **Le certificat des vaccinations obligatoires dûment complété par votre médecin.**
- Le **certificat** « attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession » par un **médecin agréé** par la préfecture.
- Les photocopies du **carnet de santé** (vaccinations et maladies infantiles)
- La photocopie de la sérologie **HEPATITE B.**
- Le compte-rendu d'une **radiographie pulmonaire de moins de 3 mois**
- Le questionnaire de santé

Ce document recense donc l'ensemble des éléments médicaux obligatoires pour votre dossier de rentrée scolaire.

Vous devez le présenter au médecin agréé qui signera le certificat de non contre-indication physique et psychologique en fonction de la profession que vous avez choisie.

Toute vaccination obligatoire non à jour sera clause invalidante de la mise en stage en attendant la régularisation de la situation.

PIECES INCLUSES AU DOSSIER

- **Le certificat des vaccinations obligatoires à compléter par votre médecin traitant** incluant le certificat d'aptitude à remplir par un médecin agréé
- Un questionnaire de santé (2 pages)

L'ensemble de ce dossier dûment rempli est à retourner au Service Santé au Travail sous enveloppe au site concerné.

IFSI/IFAS SITE CHATEAUROUX	IFSI /IFAS SITE LE BLANC
<p>Service Santé au Travail 216 avenue de Verdun BP 585 Châteauroux cedex</p> <p>MAIL : amelie.riviere@ch-chateauroux.fr 02.54.29.62.70</p>	<p>Service Santé au Travail 5 rue Pierre Milon 36300 LE BLANC</p> <p>MAIL : aurelie.piget@ch-leblanc.fr 02.54.28.28.13</p>

NOM : **PRENOM** : **Né(e) le** :

TELEPHONE : **MAIL** :

Ce questionnaire est à remplir par le futur étudiant.

QUESTIONNAIRE DE SANTE

Poids : Taille : Tension artérielle (au repos) :	Néant	Existence de plaintes ou de signes cliniques	Est-ce une gêne dans le travail ?	Consommation de médicaments	Pathologie diagnostiquée	Commentaire
CARDIO RESPIRATOIRE						
- appareil respiratoire	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- appareil cardio-vascu	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- HTA	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
NEURO-PSYCHIQUE						
- fatigue, lassitude	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- anxiété, nervosité, irritabilité	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- troubles du sommeil	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
DIGESTIF						
-constipation	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
-diarrhée	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
OSTEO-ARTICULAIRE						
- membres sup						
épaule	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
coude	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
poignet	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- membres inférieurs	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- vertèbres cervicales	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
- vertèbres dorso-lombaires	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
GYNECO						
	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
DERMATO						
	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
ORL						
Troubles de l'audition	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
OPHTALMO						
Troubles visuels	<input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

ANTECEDENTS MEDICAUX : (et familiaux)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Est-ce que vous fumez ? Oui Non

Est-ce que vous consommez de l'alcool ?

Oui : de temps en temps chaque semaine tous les jours
Non

Faites-vous du sport ? Non Oui

Le(s)quel(s) :.....
.....

Traitement en cours :

.....
.....
.....
.....

Date

Signature

CERTIFICAT DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES

NOM : **PRENOM** :

DATE DE NAISSANCE :

Vu l'article L. 3111-4 du Code de Santé Publique.

Vu le dernier avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France du 15 Mars 2011.

Au terme de l'arrêté du 2 août 2013.

Il est fait obligation, avant l'embauche, à toute personne sollicitant un emploi dans un établissement de soins ou de prévention d'être immunisée contre différents risques infectieux et d'en apporter la preuve par le biais d'une **attestation médicale**.

Les tableaux suivants (**les 5 points obligatoires**) devront être complétés par votre médecin traitant. Ils constituent un document exigible au recrutement à l'entrée en institut de formation.

Une radiographie pulmonaire est obligatoire à l'entrée à l'institut de formation.

1. B.C.G

Mode de vaccination (scarification/BCG...)	DATE
.....

2. TEST TUBERCULINIQUE

(OBLIGATOIRE doit dater de moins d'1 an)

Lecture du résultat 72h après réalisation

Date du tubertest :

Date de la lecture :

Résultat :mm.

3. DIPHTERIE-TETANOS-POLIO-(COQUELUCHE)

Date des 3 derniers rappels	NOM DU VACCIN
.....
.....
.....

4. HEPATITE B

L'article L.3111-4 du Code de la santé publique (CSP) rend obligatoire l'**immunisation contre l'hépatite B** pour les personnes exerçant une activité professionnelle les exposant à des risques de contamination et pour les élèves ou étudiants se préparant à l'exercice de certaines professions de santé.

	DATE	NOM DU VACCIN
1 ^{ère} injection
2 ^{ème} injection
3 ^{ème} injection
RAPPEL

5. Sérologie HEPATITE B (obligatoire)

Date de la sérologie :

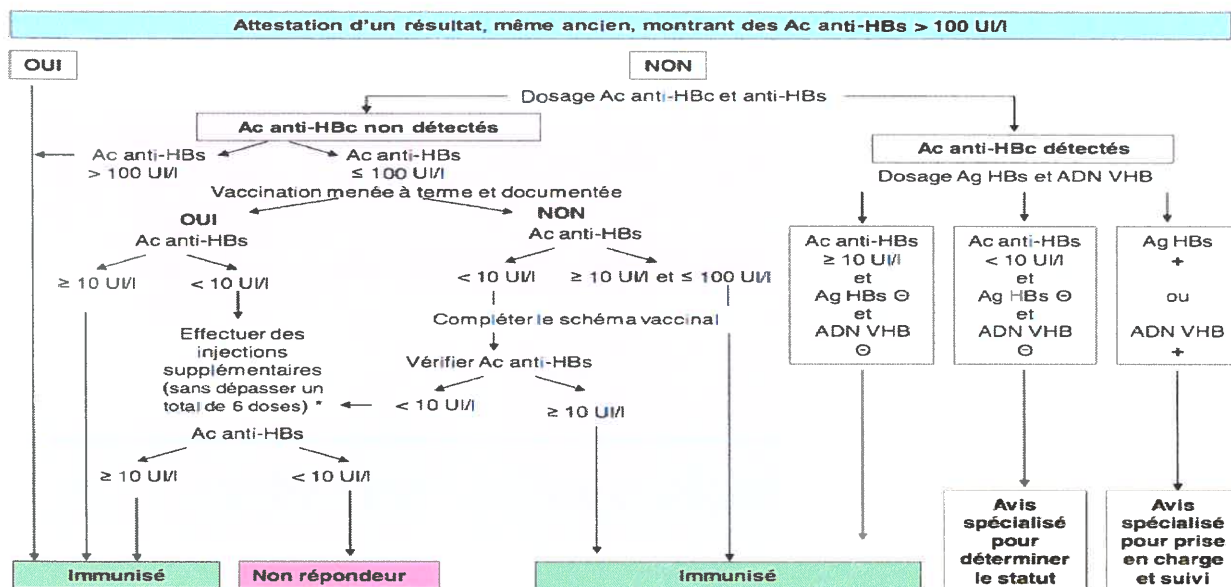
Dosage des anticorps anti- HBs = mUI/mL

Dosage des anticorps anti- HBc = mUI/mL

Dosage de l'antigène-HBs = mUI/mL

JOINDRE LA COPIE DU RESULTAT DE LA SEROLOGIE (preuve laboratoire)

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

L'annexe II de l'arrêté du 02 août 2013 détermine la conduite à tenir face à une personne « non répondeuse » à la vaccination contre l'hépatite B, bien qu'ayant reçu un schéma complet de vaccination. Si malgré les injections complémentaires (correspondant généralement à un total de 6 doses, sauf cas particuliers), la personne présente toujours un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/l elle est considérée comme « non répondeuse » à la vaccination. Elle pourra être admise dans un établissement d'enseignement ou en poste, mais elle sera soumise à une surveillance au moins annuelle des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B.

6. Vaccinations recommandées :

- R.O.R :

Date des vaccins	NOM DU VACCIN
.....
.....

- Méningite :

Date des vaccins	NOM DU VACCIN
.....
.....

- Grippe :

La vaccination contre la grippe est recommandée chez les professionnels de santé et chez tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère. Elle permet en effet d'éviter que le personnel soignant (médecins, infirmiers, puéricultrices, aides-soignants...) ne transmette la grippe aux patients les plus fragiles.

Chaque année, le Centre Hospitalier Châteauroux - Le Blanc propose à ses agents ainsi qu'aux étudiants et élèves de l'IFSI et de l'IFAS la prise en charge organisationnelle et financière de la vaccination contre la grippe.

Il est à noter que certains lieux de stage, en période d'épidémie grippale, se donnent le droit de refuser les stagiaires non vaccinés contre cette dernière.

Cette attestation doit être **remplie par votre médecin traitant** qui doit se référer au « *Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales (à paraître en Avril de chaque année) selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique* »

Cette attestation est à adresser au **Service de Santé au Travail** de l'établissement.

SIGNATURE DU MEDECIN :

DATE :.....

**Certificat médical à établir par un médecin agréé
pour l'admission en institut de formation paramédicale**

1 - Radiographie pulmonaire (1) Oui - Non Date de réalisation :

2 - Le médecin agréé (2) juge de l'opportunité d'examens ou avis complémentaires pour déterminer sa décision médicale

Je soussigné-e, docteur

médecin agréé par la préfecture du département

exerçant à

certifie que M./Mme

né-e le

demeurant à

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de

A été vacciné-e (cochez la mention de votre choix) :

• **Par le BCG** : Oui - Non

Avec contrôle par Intradermoréaction à 5 unités : Oui - Non
(Ou autres tests diagnostiques de la tuberculose)

• **Contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite** : Oui - Non

• **Contre la Coqueluche** : Oui - Non

• **Contre l'hépatite B** : Oui - Non

Et selon les conditions définies est considéré-e comme :

➤ Immunisé-e contre l'hépatite B : Oui - Non

➤ Non répondeur-se à la vaccination : Oui - Non

À la date du

Signature et cachet du médecin agréé par la Préfecture

1- Avis du 15 novembre 2002 du Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF) relatif à la revaccination par le BCG et aux modalités de surveillance des professionnels exposés à la tuberculose

2- La liste des médecins agréés est disponible sur le site de l'ARS de votre région en indiquant « Médecin agréé » dans le moteur de recherche du site.