

Institut de Formation Aide-Soignant
Téléphone : 03 89 78 70 63
Télécopie : 03 89 78 72 12
Courriel : contact.ifs@ch-rouffach.fr

Patrick LEHMANN
Directeur des Soins,
Directeur de l'Institut de Formation

Régine BAUMEISTER
Cadre supérieur de santé
Coordonnateur Pédagogique

DOSSIER MEDICAL 2023
*CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION
A L'ENTREE A L'INSTITUT DE FORMATION*

FORMATION AIDE SOIGNANT¹

Ce dossier est à rendre dès que possible et en tout état de cause au plus tard le
premier jour de la rentrée, COMPLET

Madame, Monsieur,

Vous devez présenter lors de votre inscription à l'institut de formation,

- le certificat du médecin agréé (ci-joint) à remettre **au secrétariat de l'institut**
- le dossier médical (ci-joint) complété et signé par votre médecin traitant à remettre au **secrétariat de l'institut**
- une copie de vos certificats de vaccination,
- les résultats de la sérologie de l'hépatite B,

Pour plus d'information :

- Liste des médecins agréés par l'Agence Régionale de Santé

<https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaire-des-professionnels-et-etablissements>

- Information sur le site Vaccination InfoService.fr

<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>

¹ En référence à l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 10 juin 2021 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux :

Article 91 :

L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1- du présent arrêté est subordonnée :

a° A la production, au plus tard le premier jour de la rentrée, d'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 ;

b° A la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

MEMENTO

à remettre à votre médecin traitant accompagné du dossier médical à remplir

Afin de permettre aux élèves des filières paramédicales d'effectuer leur formation et leur stage **ils doivent impérativement répondre aux obligations vaccinales des professionnels de santé** (L'Article L.3111-4 du Code de la Santé publique). Lors de son inscription définitive dans une école de la fonction publique hospitalière, l'élève doit fournir au secrétariat de l'institut de formation un dossier complet :

- **Les vaccinations obligatoires :**
 - **DTP (diphtérie-tétanos-poliomyélite) ou DTCoqPolio selon le calendrier vaccinal en vigueur :** les dates des 2 derniers vaccins réalisés
 - **Hépatite B**
 - un schéma vaccinal complet (schéma classique ou rapide)
 - un dosage des anticorps anti-HBs et anti-HBc ainsi que le dosage des antigènes HBs.

Certains vaccins sont fortement recommandés mais non obligatoires :

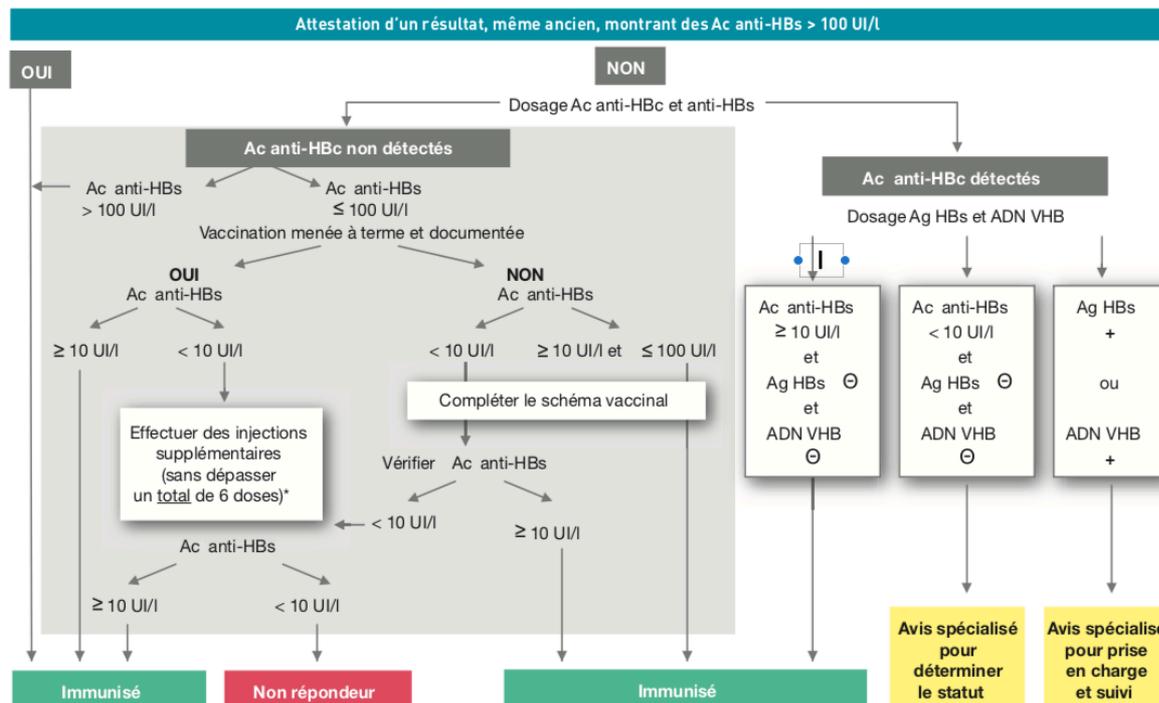
- Vaccin Coqueluche (lors d'un rappel DTP)
- Vaccins ROR : 2 injections

Merci de veiller à la mise à jour des vaccinations et remettre le dossier médical ci-joint à l'élève complété et signé par vos soins.

VIGILANCE

Il est **IMPÉRATIF** d'avoir eu au moins 2 doses du vaccin hépatite B avant l'entrée en formation.

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



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

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

DOSSIER MEDICAL 2023

à établir par votre médecin traitant
Entrée à l'Institut de Formation Aide-Soignant de Rouffach
FORMATION AIDE SOIGNANT

NOM : Prénom :

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

Diphtérie, tétanos, polio (DTP ou DTCoqPolio) – *Obligatoire*

1^{ère} injection le : / /

1^{er} rappel : / / Age :

2^{ème} injection le : / /

2^{ème} rappel : / / Age :

3^{ème} injection le : / /

3^{ème} rappel : / / Age :

4^{ème} rappel : / / Age :

5^{ème} rappel : / / Age :

Hépatite B – *Obligatoire*

La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les élèves et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

1^{ère} injection le : / /

Dénomination :

N° lot :

2^{ème} injection le : / /

Dénomination :

N° lot :

3^{ème} injection le : / /

Dénomination :

N° lot :

A réalisé une sérologie : dosage des anticorps anti-HBs ET dosage des anticorps HBc ET dosage Antigène HBs. *Joindre la copie des résultats obligatoirement.*

Taux d'anticorps :

Immunisation : Oui Non

Intradermoréaction – *Recommandée*

Induration en mm

Test tuberculinique : Date :/...../..... Résultat à 72 h : mm

Verso ↵

1/2

Vaccinations autres – Recommandée

ROR :

1^{ère} injection le : : / /

2^{ème} injection le : : / /

Vaccin contre **la Méningite C** (à réaliser avant 24 ans révolus) : Réalisé le/...../.....

COVID :

1^{ère} injection le : / /

2^{ème} injection le : / /

3^{ème} injection le : / /

Maladies infantiles

Antécédent de la maladie

OU sérologie positive

Varicelle

Résultat :

Rougeole

Résultat :

Rubéole

Résultat :

Oreillons

Résultat :

Coqueluche

Résultat :

Hépatite A

Résultat :

Grippe (annuellement)

Résultat :

ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné, Docteur

Certifie que Mme/M.

a répondu à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes

L'élève est autorisé(e) à débiter son parcours de stage au vu des conditions vaccinales :

OUI

NON

Fait le : / /

Cachet et signature

CERTIFICAT MEDICAL 2023

à établir par un **médecin agréé**

Entrée à l'Institut de Formation d'Aide-Soignant de Rouffach

FORMATION AIDE SOIGNANT

Je soussigné(e), docteur

médecin agréé par la préfecture du département

exerçant à

certifie que (conformément à l'article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions d'accès aux instituts de formation paramédicaux)

Madame/Monsieur

né(e) le

demeurant à

Ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession

Date :/...../.....

Signature :

Cachet du médecin