

**INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS
DE POISSY/SAINT-GERMAIN-EN-LAYE**

Site de POISSY - 10 rue du Champ Gaillard
☎ : 01 39 27 50 28 ou 51 02
Fax : 01 39 27 44 92
Site de ST-GERMAIN-EN-LAYE - 20 rue Armagis
☎ : 01 39 27 42 91
Fax : 01 39 27 42 92
Courriel : ifsipsg@chi-poissy-st-germain.fr

DOSSIER MEDICAL

ANNEE 2019

Mme ou Mr -----

Né(e) le ----- à -----
(indiquer le département)

ADRESSE - TELEPHONE

ADRESSE DURANT LA FORMATION - TELEPHONE

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

A été vacciné(e) :

• **Contre l'hépatite B :**

Nom du vaccin	Date	N° lot

- selon les conditions définies en page 4, il/elle est considéré(e) comme (*razer les mentions inutiles*) :
 - immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non **joindre le résultat de la sérologie**
 - non répondeur (se) à la vaccination : oui non
 - vaccination en cours : oui non

• **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS RECOMMANDEES• **Par le BCG :**

Vaccin intradermique ou monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine	date	Résultat (<i>en mm</i>)

• **Contre la fièvre typhoïde :**

Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre la coqueluche :**

Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre la rubéole :**

Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre la rougeole :**

Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre la varicelle :**

Nom du vaccin	Date	N° lot

Existence d'un suivi par la MDPH (*Maison Départementale des Personnes handicapées*) :

- l'étudiant bénéficie-t-il d'un aménagement de temps pour des évaluations ?

OUI

NON

Type de handicap :

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGRÉÉ

Je soussigné, Docteur-----

Médecin agréé par l'Agence Régionale de la Santé

Pour l'île de France : www.ars.iledefrance.sante.fr/Liste-des-medecins-agrees

Délégation du département :

Exerçant à :

certifie que M

Né(e) le.....

Demeurant à

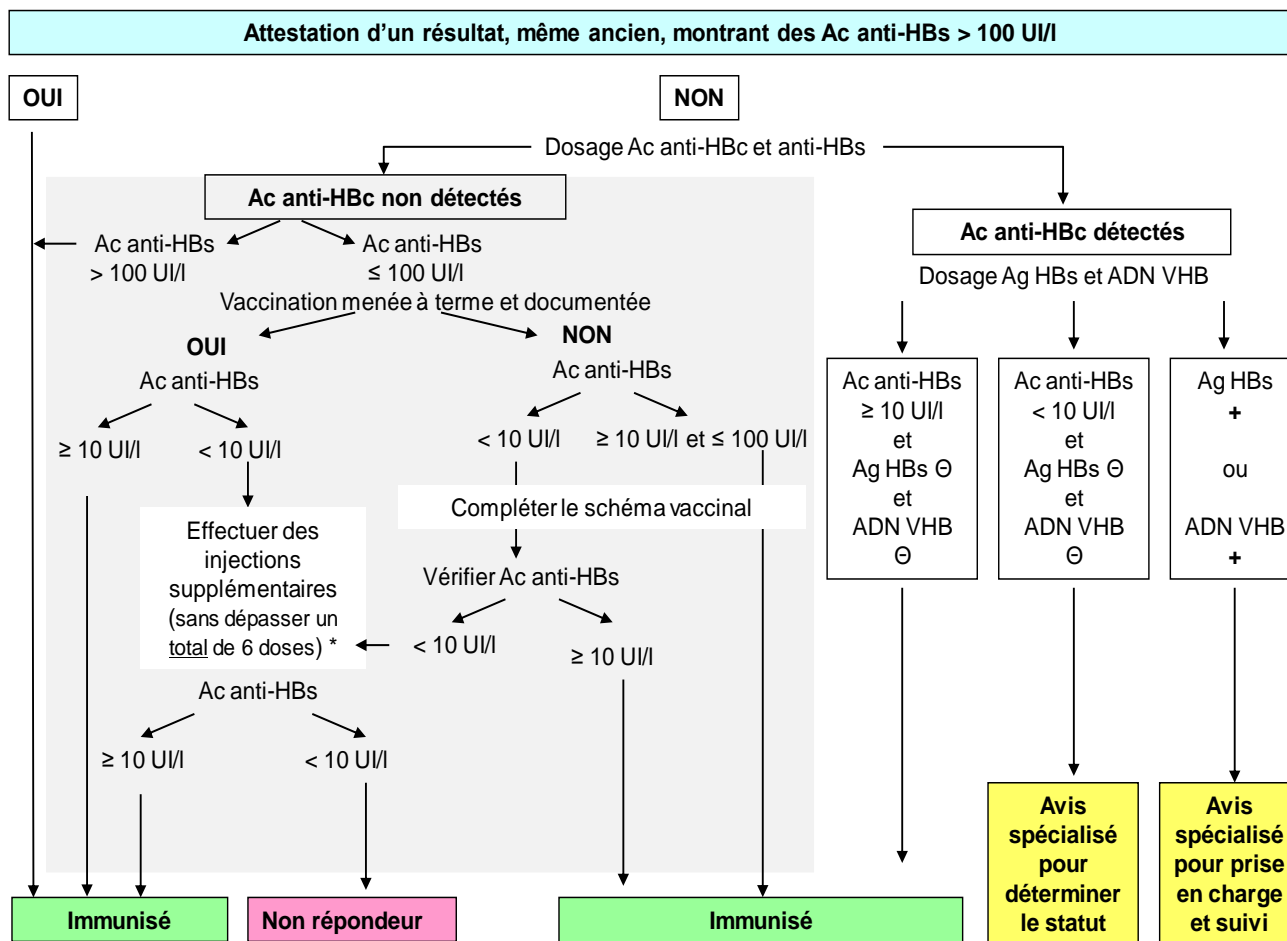
Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier.

Ses vaccinations sont conformes à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé

À la date du :

Signature et cachet

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 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
- Décret n° 2019-149 du 27 Février 2019 modifiant le décret n° 2007-1111 du 17 Juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG
- Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2019 (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)