



# DOSSIER-MÉDICAL >>

## POUR L'ENTRÉE EN INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE

NOM :

Prénom :

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Aide-Soignant-e                                  | <input type="checkbox"/> |
| Auxiliaire de puériculture                       | <input type="checkbox"/> |
| Infirmier-e anesthésiste                         | <input type="checkbox"/> |
| Infirmier-e de bloc opératoire                   | <input type="checkbox"/> |
| Masseur Kinésithérapeute                         | <input type="checkbox"/> |
| Manipulateur-trice en électroradiologie médicale | <input type="checkbox"/> |
| Préparateur-trice en pharmacie hospitalière      | <input type="checkbox"/> |
| Puériculteur-trice                               | <input type="checkbox"/> |

Date d'entrée en institut de formation / école : .....

Site de l'institut de formation / école : .....

---

Attention : vous devez impérativement conserver une copie de ce « dossier médical » afin de produire ce document s'il vous est demandé sur vos lieux de stage.

---



## IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT / ÉLÈVE

**Nom de famille :**

**Nom d'usage :**

**Prénom(s) :**

**Date de naissance :**

**Situation familiale :**

**Adresse :**

**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 de votre diplôme, vous devez pour entrer en formation :**

**1 - Faire compléter l'attestation de vaccination et d'immunisation qui figure dans ce dossier par votre médecin traitant.**

**2 - Fournir : un certificat « attestant que l'étudiant ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la formation<sup>1</sup> par un médecin agréé par la préfecture\*.**

*La liste de médecins agréés est disponible sur le site de l'Agence régionale de Santé (ARS) de votre région en indiquant « médecin agréé » dans le moteur de recherche du site.*

- **Pour poursuivre votre formation à l'issue de la première année vous devez :**

**1 - Fournir un certificat de visite médicale et de vérification de la conformité de l'obligation vaccinale à chaque inscription en institut de formation paramédicale.**

1 Pour les professions de masseur-kinésithérapeute, manipulateur en électroradiologie médicale, arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

Pour la profession aide-soignant : arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant

Pour la profession d'auxiliaire de puériculture, arrêté du 10 juin 2021 relatif à la formation conduisant au diplôme d'état d'auxiliaire de puériculture

Pour la profession de préparateur en pharmacie hospitalière, arrêté du 2 août 2006 relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière version consolidée du 1<sup>er</sup> septembre 2010

Pour la profession de puéricultrice, Arrêté du 13 août 1947 modifié en juillet 1983, décembre 1990 et octobre 1996



## ATTESTATION DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION (ARRÊTÉ DU 2 AOÛT 2013)

Nom patronymique :

Nom marital :

Prénom :

Né(e) le :

Etudes suivies :  Aide -Soignant  Aux. de puériculture  IADE  
 IBODE  Manip. Radio  Masseur Kiné.  PPH  Puériculteur.trice

### ADMISSION EN STAGE PARAMEDICAL

#### Vaccinations obligatoires :

Type de vaccins	Nom des vaccins utilisés	Nb total de doses reçues	Type de protocole hépatite B (2+1, 3+1...)	Date de la dernière dose
Diphthérie-Tétanos-Polio-Coqueluche				
Hépatite B				

#### Certificat médical :

Je, soussigné(e) ....., certifie que  
(Nom - Prénom) : .....

1- a réalisé une sérologie Hépatite B le ...../...../20.....et est considéré(e) comme :

- <sup>(1)</sup> immunisé(e) contre l'hépatite B  Oui  Non  
<sup>(1)</sup> non répondeur(euse) à la vaccination  Oui (sérologie négative après 6 doses)

<sup>(1)</sup> Rayer la mention non conforme

2- ses vaccinations obligatoires sont à jour :

- pour l'année scolaire  Oui  Non  
Rappel(s) à faire pendant le cursus  Oui  Non Date :

Fait à ....., le .....  
(Signature et cachet du médecin)

*Tout étudiant / élève ne répondant pas à ces obligations vaccinales ne pourra pas être admis en stage. Il convient de procéder dans les plus brefs délais aux vaccinations obligatoires et/ou à une sérologie hépatite B avant l'entrée en formation. Les étudiants dont la formation est universitarisée pourront être orientés vers le Service de Santé Universitaire le cas échéant.*



## INSTRUCTIONS POUR L'ATTESTATION DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION FILIÈRES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

### VACCINATIONS OBLIGATOIRES

#### DIPHTÉRIE TETANOS POLIO (DTP)

**La réglementation exige une vaccination à jour du calendrier vaccinal.**

Depuis le calendrier vaccinal 2013, les rappels sont à 11-13 ans, puis 25 ans, 45 ans, 65 ans. A minima lorsque l'ensemble des antécédents vaccinaux ne sont pas connus, 3 doses documentées sont demandées dont 1 dTcaP.

Noter la date du prochain rappel dans « Observations ».

**Rattrapage :**

En cas de statut vaccinal inconnu ou lorsque 3 doses ne sont pas documentées, faire une dose de rattrapage (dTcaP), puis 4 à 8 semaines plus tard, faire un dosage des Ac antitétaniques. La poursuite du rattrapage est fonction du résultat :

- $\geq 1$  UI/ml : pas de dose supplémentaire
- entre 0,1 à 1 UI/ml : refaire une dose 6 mois plus tard, puis reprise du calendrier vaccinal
- $< 0,1$  UI/ml : refaire une dose à 2 mois et à 8-12 mois après la 1<sup>ère</sup> dose de rattrapage, puis reprise du calendrier vaccinal

#### HÉPATITE B

**La réglementation exige la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 10 UI/L.**

En l'absence de résultats antérieurs, une sérologie, comportant le dosage des Ac anti HBs ET des Ac anti HbC doit être faite (PS : Les résultats ne seront pas notés sur l'attestation (secret médical)).

Si le protocole de vaccination n'est pas complet, il devra être complété (chaque dose compte, même ancienne) et la sérologie de contrôle sera faite au minimum 1 mois après la primovaccination ou le rappel.

#### DÉMARCHE EN FONCTION DE LA SÉROLOGIE

SÉROLOGIE	Protocole de vaccination	OBSERVATIONS	ORIENTER VERS SSU	ADMISSION EN STAGE
<b>Résultats : Si Ac anti HbC négatif et</b>				
Ac anti HBs $> 100$ UI/L immunisé(e)	Complet ou inconnu	Pas de rappel		oui
	incomplet	A compléter suivant le protocole		oui
Ac anti HBs $\geq 10$ UI/L et $\leq 100$ UI/L immunisé(e)	incomplet	A compléter suivant le protocole		oui
	inconnu	Faire un rappel		oui
Ac anti HBs $< 10$ UI/L non immunisé(e)	complet et conforme	Faire un rappel puis dosage des Ac anti HBs à 1 à 2 mois		oui
	incomplet	Faire un rappel conforme au protocole puis dosage des Ac anti HBs à 1 à 2 mois	oui	Selon avis SSU
	inconnu	Faire un rappel puis, si 1 mois après : Ac anti HBs $> 100$ UI/L : plus de rappel $\geq 10$ UI/L et $\leq 100$ UI/L : 2 <sup>e</sup> rappel à 6 mois $< 10$ UI/L : débiter le protocole 2+1	oui	Selon avis SSU
	jamais vacciné	Débiter le protocole 2+1	oui après 2 <sup>e</sup> dose	
<b>Résultats : si Ac anti HbC positif, compléter par un dosage Ag HBs et ADN VHB, et</b>				
Ag HBs négatif Ac anti HBs $\geq 10$ UI/L immunisé(e)				oui
Ag HBs négatif Ac anti HBs $< 10$ UI/L		2e contrôle des Ac anti HbC (faux positif ?)	oui	Selon avis SSU
Ag HBs positif +/- ADN VHB hépatite chronique		Orienter vers avis spécialisé	oui	Selon avis SSU

### VACCINATIONS RECOMMANDÉES (HAS)

#### COVID 19

La vaccination n'est plus obligatoire pour les soignants et les étudiants en santé, mais reste fortement recommandée

#### COQUELUCHE

Pour les étudiants jamais vaccinés contre la coqueluche ou n'ayant pas reçu de vaccin coquelucheux à l'âge adulte, faire un rappel dTcaP. En cas de coqueluche documentée, faire ce rappel si la maladie contractée date de plus de 10 ans.

#### ROUGEOLE-OREILLONS-RUBÉOLE

Les étudiants doivent avoir reçu 2 doses de vaccin trivalent ROR.

#### VARICELLE

Les étudiants sans antécédent de varicelle et dont la sérologie est négative doivent être vaccinés.

#### GRIPPE SAISONNIÈRE

Les étudiants doivent être vaccinés tous les ans contre la grippe



## SCHEMA VACCINAL ACCÉLÉRÉ HÉPATITE B

Pour certains cas particuliers<sup>1</sup> où l'obtention très rapide d'une protection vaccinale est souhaitable (personnes détenues, personnes en situation de départ imminent en zone d'endémie moyenne ou forte, ...), un schéma accéléré peut être proposé. Il comporte l'administration en primovaccination de 3 doses en 21 jours (J0, J7, J21 ou J0, J10, J21 selon l'autorisation de mise sur le marché AMM) des 2 vaccins concernés<sup>2</sup>, suivi d'un rappel 12 mois après, indispensable pour assurer une protection au long cours. (Si un contrôle d'anticorps post immunisation est jugé nécessaire du fait d'un risque élevé d'exposition, celui-ci devra être effectué 1 mois après l'administration de la dose de rappel à 12 mois.

1 - Avis du 20 février 2014 relatif aux schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B pour les vaccins Energix B® 20 µg et Genhevac B® 20 µg : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=409>

2 - Pour le vaccin EnergixB® 20 µg : schéma J0, J7, J21 et M12 ; pour le vaccin Genhevac B® 20 µg : schéma J0, J10, J21 et M12.



## INSTRUCTIONS POUR LE DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE FILIÈRES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2019, la vaccination par le BCG n'est plus obligatoire pour les personnels soignants et les étudiants en santé.

Considérant le risque en termes de santé publique pour les patients, le **Haut Conseil de Santé Publique (HCSP)** recommande que tous les soignants et étudiants des filières en santé bénéficient d'un test de dépistage de l'infection tuberculeuse latente.

Le dépistage d'une éventuelle infection tuberculeuse latente chez des soignants et l'intérêt d'un test de référence, dans une population antérieurement vaccinée par le BCG, fait privilégier les tests IGRA, notamment à l'embauche, mais leurs limites les font déconseiller dans le cadre d'un suivi périodique.

Chez les étudiants migrants âgés de plus de 18 ans et de moins de 40 ans, en provenance de pays avec une incidence supérieure à 100 /105 pour 100 000 habitants (cf liste au verso), arrivés en France depuis moins de 5 ans, et travaillant en milieu de soins, ce dépistage est particulièrement important.

Le test IGRA est à la charge de l'étudiant (non remboursé) s'il est pratiqué en dehors d'un centre hospitalier ou d'un CLAT. Pour cette raison, le Service de Santé Universitaire et le CLAT de Paris ont mis en place un parcours coordonné permettant la réalisation gratuite de ce dépistage.

Les étudiants primo-arrivants hors UE inscrits dans une filière d'études médicales et paramédicales doivent être orientés vers le Service de Santé Universitaire pour le dépistage de la tuberculose latente.

Pour en savoir plus :

Avis du 10/05/2019 du HCSP : [Infections tuberculeuses latentes. Détection, prise en charge et surveillance \(hcsp.fr\)](https://www.hcsp.fr/lespublications/avis/avis-10-05-2019-infections-tuberculeuses-latentes-detection-prise-en-charge-et-surveillance)

Santé Publique France : liste des pays de haute endémie de tuberculose (<https://www.santepubliquefrance.fr/.../donnees-tuberculose>)

### LISTE DES PAYS DE HAUTE ENDEMIE DE TUBERCULOSE

**Taux d'incidence de tuberculose >100/100.000 habitants par pays, 2010-2020  
(Source O.M.S.)**

PAYS	PAYS	PAYS	PAYS
Afghanistan	Equatorial Guinea	Lesotho	Sao Tome and Principe
Angola	Eswatini	Liberia	Senegal
Bangladesh	Ethiopia	Madagascar	Sierra Leone
Bhutan	Gabon	Malawi	Somalia
Bolivia	Gambia	Marshall Islands	South Africa
Botswana	Ghana	Mongolia	South Sudan
Burundi	Greenland	Mozambique	Thailand
Cambodia	Guinea	Myanmar	Timor-Leste
Cameroon	Guinea-Bissau	Namibia	Tuvalu
Central African Republic	Haiti	Nauru	Uganda
Chad	India	Nepal	United Republic of Tanzania
Congo	Indonesia	Nigeria	Viet Nam
Côte d'Ivoire	Kenya	Pakistan	Zambia
Democratic People's Republic of Korea	Kiribati	Papua New Guinea	Zimbabwe
Democratic Republic of the Congo	Kyrgyzstan	Peru	
Djibouti	Lao People's Democratic Republic	Philippines	



**CERTIFICAT MÉDICAL À ÉTABLIR PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ POUR L'ADMISSION EN  
INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE**

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**

.....

*Et pour les manipulateurs-trices en électroradiologie médicale et les préparateurs en  
pharmacie hospitalière : la numération et la formule sanguine sont normales*

*Et atteste que l'étudiant-e ne présente pas de contre-indication à l'utilisation d'appareils  
d'imagerie (IRM)*

**Oui**

**Non**

**A la date du .....**

Signature et cachet du médecin agréé par la préfecture

*Le médecin agréé juge de l'opportunité d'examens ou avis complémentaires pour déterminer  
sa décision médicale, sauf cas particuliers pour les manipulateurs-trices en électroradiologie  
médicale et les préparateurs-trices en pharmacie hospitalière pour lesquels des examens spécifiques  
sont prévus.*



**CERTIFICAT À ÉTABLIR PAR UN MÉDECIN LORS DE CHAQUE INSCRIPTION  
ADMINISTRATIVE D'ÉTUDES EN INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE<sup>1</sup>**

**2<sup>ème</sup> année d'étude**

Je soussigné-e, Docteur .....  
exerçant à .....  
certifie que M./Mme .....  
né-e le .....  
demeurant à .....

**A bénéficié d'une visite médicale avec vérification de la conformité du carnet de  
vaccination (y compris le contrôle sérologique d'anticorps anti-HBs pour les étudiants  
concernés)**

**A la date du .....**

Signature et cachet du médecin

<sup>1</sup> Article 45 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif à l'admission dans les instituts de formation paramédicaux



**CERTIFICAT À ÉTABLIR PAR UN MÉDECIN LORS DE CHAQUE INSCRIPTION  
ADMINISTRATIVE D'ÉTUDES EN INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE<sup>1</sup>**

**3<sup>ème</sup> année d'étude**

Je soussigné-e, Docteur .....  
exerçant à .....  
certifie que M./Mme .....  
né-e le .....  
demeurant à .....

**A bénéficié d'une visite médicale avec vérification de la conformité du carnet de  
vaccination (y compris le contrôle sérologique d'anticorps anti-HBs pour les étudiants  
concernés)**

**A la date du .....**

Signature et cachet du médecin

<sup>1</sup> Article 45 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif à l'admission dans les instituts de formation paramédicaux