



Note d'information sur votre dossier médical

Afin d'entreprendre les démarches **dès à présent** et notamment pour la **vaccination contre l'hépatite B**, vous trouverez, ci-joint, 2 certificats :

- ✓ un **certificat médical de vaccinations** qui peut être complété par votre médecin traitant. Si vous n'êtes pas vacciné(e) contre **l'hépatite B**, il est indispensable d'effectuer les **démarches très rapidement** (plusieurs injections sont nécessaires).

A défaut d'être **à jour de la vaccination contre l'Hépatite B** au 1^{er} jour de stage, votre **admission sera invalidée**.

Pour toutes **questions** concernant le certificat médical de vaccinations, vous pouvez contacter la **médecine du travail du CHD Vendée au 02.51.44.61.36**

- ✓ un **certificat médical** d'aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession d'infirmier(ière). **Il doit être établi par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé (ARS)** pour délivrer un certificat d'aptitude à l'emploi de professions paramédicales. Ce **certificat ne doit pas être établi par votre médecin traitant** même si celui-ci est agréé.

La liste des médecins agréés est disponible sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de votre région.

Ces certificats seront à **remettre uniquement**, lors de la **pré-rentrée** qui aura lieu **le jeudi 28 août 2025**.

Certificat de vaccinations d'entrée en Formation aux Professions de Santé

NOM : **NOM D'USAGE :**

Prénom : **Date de naissance :**

Pour être conforme aux textes en vigueur, nous vous recommandons de vérifier ou débiter vos vaccinations dans les jours qui viennent, plusieurs injections étant parfois nécessaires. Pour cela :

✓ **Contactez d'abord votre médecin traitant** pour la mise à jour de vos vaccinations et sérologies et pour lui faire remplir le **certificat de vaccinations** ci-dessous conforme à la réglementation et aux recommandations en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France :

- Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche : dernier rappel de moins de 10 ans puis à 25 ans et 45 ans.
- Tuberculose : preuve écrite de la vaccination par le BCG et résultat en millimètres d'une intradermo réaction à 5 unités datant de moins de 3 mois à l'entrée en formation.
- Hépatite B : vaccination à jour, conformément à l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique.
- Rougeole, Oreillons, Rubéole : 2 vaccinations ou maladie contractée.
- Varicelle : maladie contractée ou vaccinations (2 injections).

✓ **Contactez ensuite un médecin agréé** pour remplir le certificat médical ci-joint.

Ces 2 documents médicaux sont à prévoir dès l'inscription et à remettre avant l'entrée en formation.

Tout dossier incomplet ne vous permettra pas d'aller en stage.

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que

né(e) le

A reçu les vaccinations suivantes et a fait les sérologies nécessaires :

DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITIS +/- COQUELUCHE		
	Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)
Dernier rappel DTP		
Dernier rappel DTCP		

BCG		
	Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)
1ère injection		
2ème injection		

IDR à la tuberculine - 5UI		
Date d'injection (jj/m/an)	Date de lecture	Résultat en mm*

Si absence d'IDR, un Quantiféron sera réalisé dans le service de santé au travail

*un résultat noté + n'est pas valide, il doit être mesuré en mm. Il n'est pas demandé de revacciner en cas de test négatif.

HEPATITE B (GENHEVAC, ENGERIX B10 ou B20, HBVAXPRO, HBVAX DNA5, TWINRIX)			
		Nom du vaccin	Date d'injection
Schéma vaccinal classique M0-M1-M6	1 ^{ère} injection		
	2 ^{ème} injection		
	3 ^{ème} injection		
Schéma vaccinal accéléré J0-J7-J21 +rappel à un an à privilégier pour tous les étudiants non vaccinés précédemment	1 ^{ère} injection		
	2 ^{ème} injection		
	3 ^{ème} injection		
	rappel		
Autre schéma	1 ^{ère} injection		
	2 ^{ème} injection		
	3 ^{ème} injection		
	rappel		

**! ACT-Hib
est un vaccin
anti
méningite à
haemophilus**

Taux d'anticorps Anti HBS	
Date (jj/m/an)	Résultats en UI/ml

Taux d'anticorps Anti HBC si anticorps HBS < 100	
Date (jj/m/an)	Résultats en UI/ml

ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE / VARICELLE		
	Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)
1 ^{ère} injection		
2 ^{ème} injection		

Varicelle contractée	<input type="checkbox"/> Oui Date :	<input type="checkbox"/> Non
Rougeole contractée	<input type="checkbox"/> Oui Date :	<input type="checkbox"/> Non

MENINGOCOQUE NON B : vaccin recommandé pour les moins de 24 ans	
Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)

Certificat établi le à

Cachet et signature du Médecin

Certificat médical

Certificat à établir par un **médecin agréé** par l'ARS pour délivrer un certificat d'aptitude à l'emploi de professions paramédicales. Ce médecin **ne doit pas être votre médecin traitant**.

La liste des médecins agréés est disponible sur le site internet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) de votre région.

Je soussigné, Docteur en Médecine

Certifie avoir examiné ce jour : Monsieur Madame

Nom :

Prénom :

Né le :

n'est pas atteint d'affection d'ordre physique et psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'infirmier (cf texte ci-dessous).

Art. 54 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par arrêté du 17 avril 2018 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux :

*« L'admission définitive dans un institut de formation en soins infirmiers est subordonnée à 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...** ».*

Fait le :

Signature et Cachet du Médecin agréé :

Autorisation parentale dans le cadre de la vaccination pour l'entrée en formation infirmière et suivi médical des étudiants selon la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France

(à établir seulement pour les jeunes de moins de 18 ans non émancipés)

Selon l'article 92 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par arrêté du 10 juin 2021 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux :

« Un médecin examine les étudiants en cours d'études au moins une fois par an ».

Cette visite sera réalisée par la médecine du travail du Centre Hospitalier Départemental Vendée de la Roche-sur-Yon.

Dans le cas où la vaccination n'est pas conforme à la réglementation :

Je soussigné(e) M. / Mme (NOM Prénom) : _____

agissant en qualité de : père / mère / représentant légal,

autorise le médecin de la médecine du travail du Centre Hospitalier Départemental Vendée de la Roche-sur-Yon à vacciner et à effectuer des prélèvements sanguins :

NOM Prénom : _____
(du mineur)

né.e le _____ à _____ Pays _____

Fait à _____ le _____

Signature du père/mère Ou représentant légal :

ATTENTION : fournir une copie du livret de famille ou si le nom du jeune est différent de la personne établissant cette autorisation, joindre impérativement les documents juridiques justifiant du lien avec celui-ci