



INSCRIPTION IFSI :

Site de Talence

Site de Bergerac

DOSSIER 1

Dossier médical

COLLER CETTE FICHE SUR UNE ENVELOPPE A4

A METTRE DANS UNE ENVELOPPE A4 A RETOURNER COMPLET PAR COURRIER AU SECRÉTARIAT DE L'I.F.S.I.

NOM :

PRÉNOM :

CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER :

PIECES A FOURNIR :

- Annexe 1, certificat médical** à faire compléter par un médecin agréé (liste délivrée par l'ARS de votre département ou sur internet). **Ce certificat est à fournir au plus tard le premier jour de la rentrée** (votre admission définitive est conditionnée à la présentation de ce certificat).
- Annexe 2, certificat de vaccination** à remplir par votre médecin traitant.

Prenez dès à présent rendez-vous auprès de **votre médecin généraliste** afin qu'il détermine avec vous, un planning qui vous permette d'être à jour de vos vaccinations.



Certains délais obligatoires entre 2 injections peuvent vous contraindre à un calendrier long. **Le 1^{er} stage est prévu dès le début du mois de novembre.**

**Il est de votre responsabilité de remplir ces obligations légales
sans quoi vous ne pourrez pas aller en stage.**

ANNEXE 1

CERTIFICAT MEDICAL ETABLI PAR UN MEDECIN AGRÉÉ

Je soussigné, Docteur

Médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé

Pour la Nouvelle-Aquitaine : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>

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 » (art. 54 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié).

A la date du :

Signature et cachet

ANNEXE 2



Réalisation : département communication
ARS Nouvelle-Aquitaine (2020-2021)

- Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : **NOM :** **NOM de naissance :**
 Médecine **Prénom :** **Date de naissance :** .. / .. /
 Odontologie **Tél. :** **Email :**
 Pharmacie **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**
 Sage-femme **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :**
ou Institut de formation :

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTPca => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quel que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :
- => Date : .. / .. / Nom :

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- Personnes nées avant 1980 :
- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. /
 - Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable
- Personnes nées depuis 1980 :
- => vaccination 2 doses recommandées quel que soient les ATCI

Schéma vaccinal :

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

BCG

=> Date : .. / .. /

Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation

(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire

** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.