

	<p align="center"> INSTITUT DE FORMATION D'AIDES - SOIGNANTS LA ROCHE SUR YON ☎ 02 51 62 67 27 ifaslaroche@ifso-asso.org <u>www.ifso-asso.org</u> </p>	  <p align="center"> INSTITUT DE FORMATION AIDE SOIGNANT AGREE ET FINANCE PAR LE CONSEIL REGIONAL </p>
---	---	--

Documents médicaux à remettre **avant** l'entrée en formation.

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

Pour être conforme aux textes en vigueur, nous vous recommandons de vérifier ou de débiter votre vaccination 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,**

⇒ **Contactez ensuite un médecin agréé pour remplir les attestations ci-dessous :**

- 1) Un certificat médical rempli par un médecin agréé ⁽¹⁾, attestant que :
 - « Le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession » en référence à l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide Soignant.
- 2) Un certificat médical de vaccinations et **une copie du carnet de vaccinations ou du carnet de santé** conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France :
 - Diphtérie Tétanos Polio : dernier rappel de moins de 10 ans,
 - Tuberculose :
 - Preuve écrite de la vaccination par le B.C.G. ou cicatrice vaccinale.
 - Résultat en millimètres d'une Intradermo réaction à 5 Unités de tuberculinique liquide de moins de 6 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.
- 3) Selon le calendrier vaccinal en vigueur, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle, la grippe saisonnière. (Annexe 2. Instruction N° DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014)

(1) Liste consultable sur Internet à l'adresse suivante pour la région :

Pays-de-la-Loire ou contacter l'ARS du département <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>

Bretagne www.bretagne.sante.gouv.fr ou contacter l'A.R.S. du département

NOM d'usage :

PRENOM de l'élève :

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie que né(e) le.....

A reçu les **vaccinations** suivantes et les **sérologies** nécessaires :

DIPHTERIE – TETANOS – POLIOMYELITE +/- COQUELUCHE
(Art. L3111-4 du code de la Santé Publique)

	Nom du vaccin	Date d'injection (JJ / M/ AN)	N° du lot
1 ^{ère} injection			
2 ^{ème} injection			
3 ^{ème} injection			
Dernier rappel DTP			
Dernier rappel DTCP			

BCG

Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)	N° du lot

Ou Cicatrice vaccinale : OUI NON

IDR à la tuberculine - 5 UI

Une intradermo réaction à la tuberculine datant de **moins de 1 an** avant l'entrée en formation.

Date (JJ / M / AN)	Résultat en mm*

* Un résultat noté « + » n'est pas valide, il doit être chiffré en mm

Il n'est pas demandé de revacciner en cas de test tuberculinique négatif.

NOM d'usage :

PRENOM de l'élève :

HEPATITE B

(Art. L 3111-4 du code de la Santé Publique)

En référence à :

- ☞ **L'Arrêté du 2 aout 2013** fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L – 3111-4 du code de la Santé publique.
- ☞ **L'INSTRUCTION DGS/RI1/RI12/2014/21 du 21 janvier 2014**, relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 aout 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L – 3111-4 du code de la Santé publique – **Annexe 1**
- ☞ **L'AVIS, du 20 février 2014**, du Haut conseil de la santé publique, relatif aux schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B par les vaccins ENGERIX B® 20 microgrammes/1 ml et GENHEVAC B Pasteur® 20 microgrammes/0,5 ml

VACCINATION :

		Nom du vaccin	Date d'injection (JJ / M / AN)	N° de lot
Schéma vaccinal ☞ Classique « 0 – 1 – 6 » ☞ Accéléré ☞ Ancien schéma	1^{ère} injection			
	2^{ème} injection			
	3^{ème} injection			
	Rappels			
	Rappels			
	Rappels			

TAUX D'ANTICORPS ANTI HBS

Date	Résultat

TAUX D'ANTICORPS ANTI HBC, si disponible

Date	Résultat

Immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non

Non répondeur (se) à la vaccination : oui non

NOM d'usage :

PRENOM de l'élève :

ROUGEOLE

⇒ Antécédents de rougeole : OUI NON

⇒ Si non :

Vaccination	Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)
1 ^{ère} injection		
2 ^{ème} injection		

⇒ En cas de doute : sérologie

Date	Résultat

VARICELLE

⇒ Antécédents de Varicelle : OUI NON

⇒ Si non :

Vaccination	Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)
1 ^{ère} injection		
2 ^{ème} injection		

⇒ En cas de doute : sérologie

Date	Résultat

Merci de joindre une photocopie du carnet de santé

Certificat établi le à

Signature et Cachet du Médecin agréé