

DOSSIER MÉDICAL

IFSO de Laval

Institut Formation Aides-Soignants IFAS

À remettre au plus tard **le jour de la rentrée**

Le dossier médical ne sera pas pris en compte pendant la sélection (il ne sera pas transmis au jury de sélection).

IFSO Laval

PRFSSL

65 rue du Chef Bataillon H. Géret,

53000 LAVAL

02 43 69 59 05

laval@ifso-asso.org



Institut de Formation Aide-Soignant
Agréé et financé par le Conseil Régional

Documents médicaux à prévoir dès l'inscription et à remettre avant l'entrée en formation.

Tout dossier incomplet ne vous permettra pas d'entrer en formation, arrêté du 12 avril 2021 portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant au D.E.A.S.

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,

- 1. contactez d'abord votre médecin traitant** pour la mise à jour de vos vaccinations et sérologies, et remplir le certificat ci-dessous :

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 :

- 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.
- 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 tuberculine liquide de moins de 1 an à l'entrée en formation.

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/R11/R12/2014/21 du 21 janvier 2014)

- 2. contactez ensuite un médecin agréé*** pour remplir le certificat ci-dessous :

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 8 Ter de l'arrêté du 12 avril 2021 **portant diverses modifications relatives aux conditions d'accès aux formations conduisant au D.E.A.S.**

*Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :

- Pays de la Loire : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>
- Bretagne : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>
- Normandie : <https://www.normandie.ars.sante.fr/annuaire-des-professionnels-et-etablissements-0>

Certificat médical de vaccinations

Je soussigné 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/MM/AA)	N° du lot
Dernier rappel DTP			
Dernier rappel DTCP			

BCG

Nom du vaccin	Date d'injection (JJ/MM/AA)	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 d'injection (JJ/MM/AA)	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.

Signature du médecin :

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

En référence à :

- L'Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article -3111-4 du code de la santé publique.
- L'instruction DGS/RI/RI// du 21 janvier 2014, relative aux modalités d'application de 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 – 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 ENGREDRIX B® 20 microgrammes/1 ml et GENHEVAC B Pasteur® 20 microgrammes/0,5 ml

Vaccination :

		Nom du vaccin	Date d'injection (JJ/MM/AA)	N° du lot
Schéma vaccinal cocher ci-dessous ☐ 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

Observations :

Si le taux d'anticorps ≥ 100 UI/L : sujet immunisé

Si résultat entre 10 et 100 : « une infection chronique VHB ancienne doit être éliminée par une recherche d'anticorps anti HBC. En l'absence d'infection ancienne la personne a fait preuve de sa protection. »

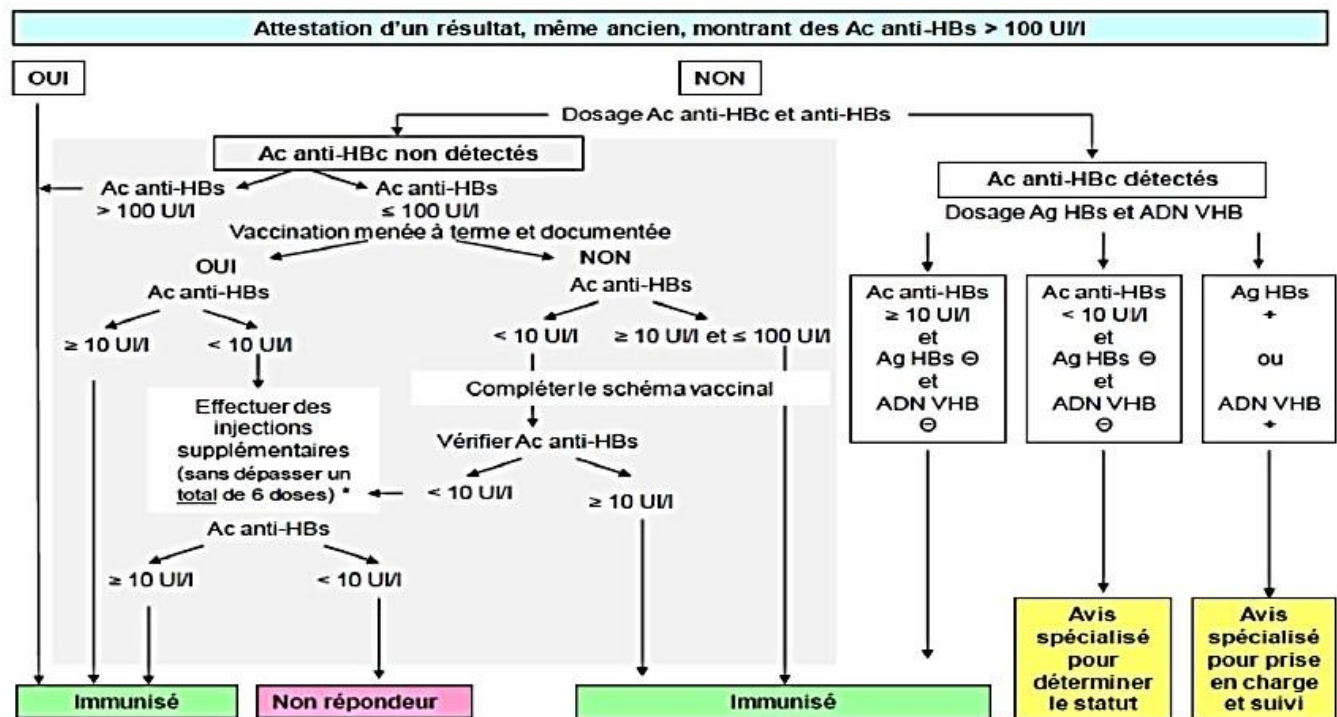
Si résultat ≤ 10 : « pas de réponse mesurable à la vaccination antérieure. Un dosage d'anticorps anti HBC doit être fait avant un rappel (dans la limite de 6 injections au total). Suivi d'une recherche d'anticorps anti HBS, 1 à 2 mois plus tard. »

NB : il est indispensable d'avoir 1 rappel, nécessaire pour obtenir une immunité durable (même si un taux d'anticorps supérieur à 10 a été constaté après la seconde injection).

Immunisé-e contre l'hépatite B :	☐ Oui	☐ Non	
Non répondeur-euse à la vaccination :	☐ Oui	☐ Non	

Signature du médecin :

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4^e 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 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- 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.
- Loi n°2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et 3^{ème} dose recommandée pour le pass vaccinal après passage devant le conseil constitutionnel
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. www.vaccination-info-service.fr)

Certificat médical d'aptitude à l'exercice de la profession d'aide-soignant-e

Rempli par un médecin agréé* par l'Agence Régionale de Santé, attestant que :
« Le candidat ne présente pas de contre-indication physique et psychologique
à l'exercice de la profession » en référence à l'article 8 ter de l'arrêté du 12 avril
2021 relatif à la formation conduisant au Diplôme d'Etat d'Aide Soignant.

Je soussigné-e, Docteur Médecin agréé par l'Agence
Régionale de Santé certifie que,

M./ Mme.....

Né(e) le : ___ / ___ / _____

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

Fait à,

le ____/____/_____

Cachet et signature :

*liste disponible sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département :

- **Pays de la Loire** : <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>
- **Bretagne** : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>
- **Normandie** : <https://www.normandie.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements-0>