

Dossier d'admission aux emplois hospitaliers
Certificat médical d'aptitude à l'emploi et certificat de vaccinations obligatoires
(A REMPLIR PAR LE MEDECIN AGREE)

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS (IFSI) - INSTITUT DE FORMATION DES AIDES SOIGNANTS (IFAS)

Docteur Nom/Prénom : _____

Titre et qualification : _____ Lieu, date _____

Adresse : _____

Téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Je, soussigné(e) Docteur _____,

Certifie que M / Me, Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le _____

Candidat(e) à l'inscription à (entourer la filière choisie) :

- professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien ;
- autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, technicien en analyses biomédicales.

A été vacciné(e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre la fièvre typhoïde** depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) :

Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B :**

Nom du vaccin	Date	N° lot

Sérologie	Date	Résultats
Ac anti-HBs (> 10 UI/l)		

Selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*rayez les mentions inutiles*) :

- Immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- Non répondeur(se) à la vaccination : oui non

- **RADIOLOGIE PULMONAIRE OBLIGATOIRE REALISEE** (*moins de 3 mois*) : OUI – NON
(fournir le compte-rendu)

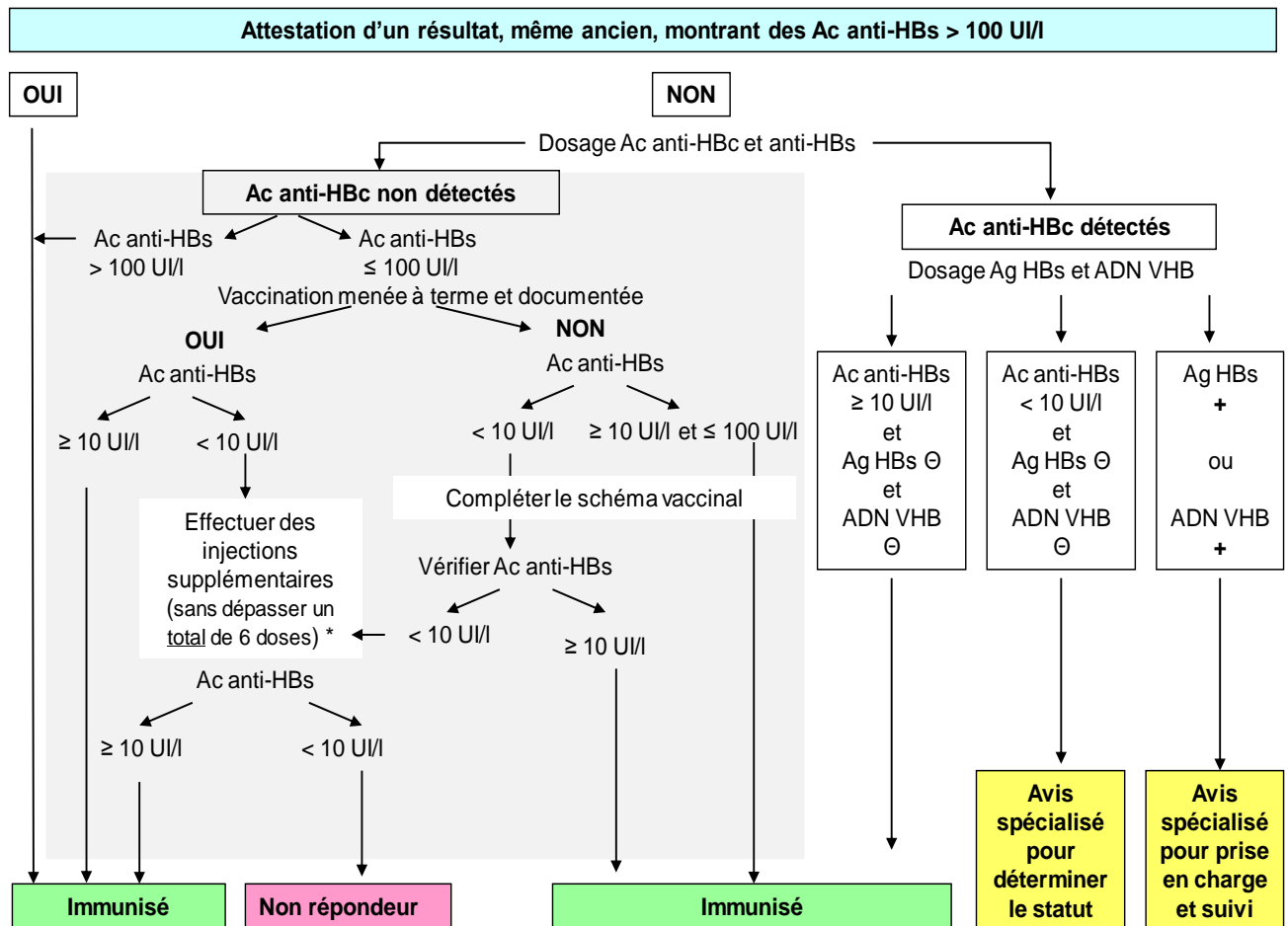
- ne présente pas de contre indication physique et psychologique à l'exercice de la profession et au suivi de la formation,
- remplit les conditions de vaccinations obligatoires conformément à la réglementation pour servir et faire valoir ce que de droit.

Date du certificat : _____

Signature et cachet du médecin

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4° 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
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)