Institut de Formation en Soins Infirmiers
Téléphone : 03 89 78 70 63
Télécopie : 03 89 78 72 12
Courriel : contact.ifsi@ch-rouffach.fr

Patrick LEHMANN
Directeur des Soins,
Directeur de l'Institut de Formation
Régine BAUMEISTER
Coordonnateur Pédagogique

DOSSIER MEDICAL 2023

CONDITIONS MEDICALES D'ADMISSION
A L'ENTREE A L'INSTITUT DE FORMATION

FORMATION INFIRMIERE[1]

Ce dossier est à rendre dès que possible et en tout état de cause
au plus tard le jour de la pré-rentrée administrative, COMPLET

Madame, Monsieur,

Vous devez **présenter** lors de votre inscription à l'institut de formation :

- ❑ le certificat du médecin agrée (ci-joint) à remettre **au secrétariat de l'institut**
- ❑ le dossier médical (ci-joint) complété et signé par votre médecin traitant à remettre au **secrétariat de l'institut**
- ❑ une copie de vos certificats de vaccination,
- ❑ les résultats de la sérologie de l'hépatite B,
- ❑ le certificat de vaccination contre la COVID-19.

Pour plus d'information :

- Liste des médecins agrées par l'Agence Régionale de Santé
https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements
- Information sur le site Vaccination InfoService.fr
https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante

[1] ***En référence à l'arrêté du 21 avril 2007 modifié par l'arrêté du 10 juin 2021, relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux***
Article 91 :
L'admission définitive dans un institut de formation préparant à l'un des diplômes visés à l'article 1er du présent arrêté est subordonnée :
a) 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 ;
b) À la production, au plus tard le jour de la première entrée en stage, d'un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

MEMENTO
à remettre à votre médecin traitant accompagné du dossier médical à remplir

Afin de permettre aux étudiants des filières paramédicales d'effectuer leur formation et leur stage **ils doivent impérativement répondre aux obligations vaccinales des professionnels de santé** (L'Article L.3111-4 du Code de la Santé publique). Lors de son inscription définitive dans une école de la fonction publique hospitalière, l'étudiant doit fournir au secrétariat de l'institut de formation un dossier complet :

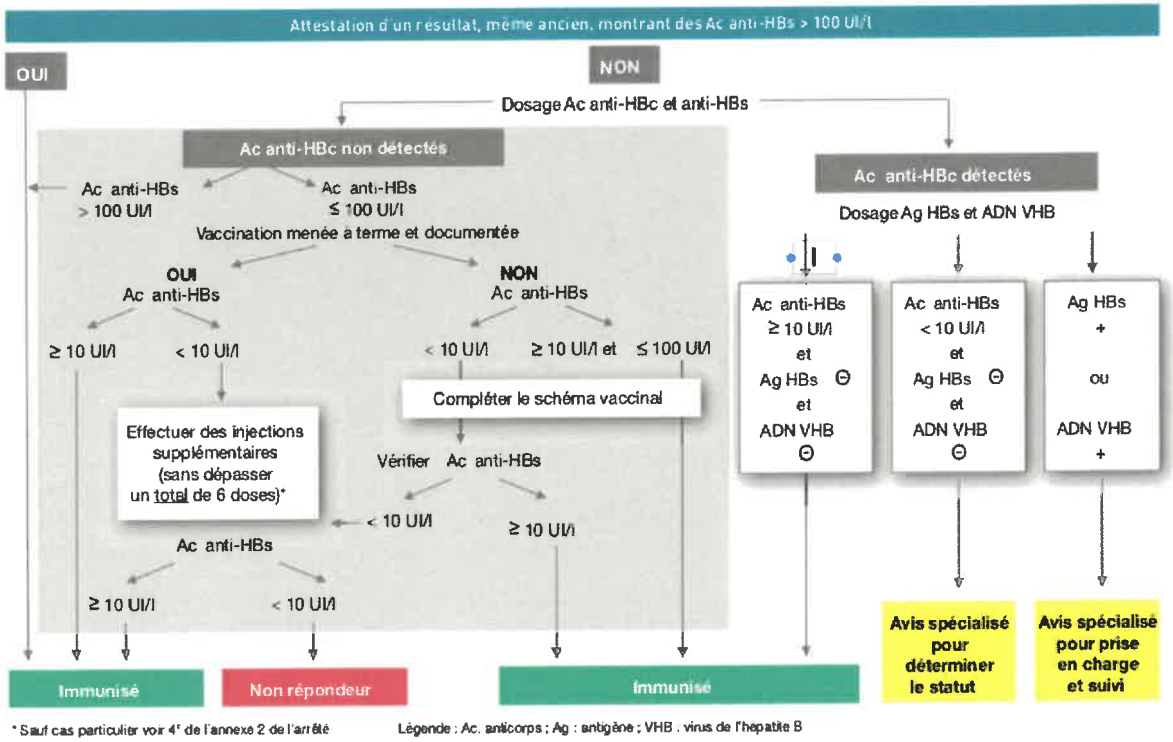
- **Les vaccinations obligatoires :**
  - **DTP (diphtérie-tétanos-poliomyélite) ou DTCoqPolio selon le calendrier vaccinal en vigueur :** les dates des 2 derniers vaccins réalisés
  - **Hépatite B**
    - un schéma vaccinal complet (schéma classique ou rapide)
    - un dosage des anticorps anti-HBs et anti-HBc ainsi que le dosage des antigènes HBs.

Certains vaccins sont fortement recommandés mais non obligatoires :
- Vaccin Coqueluche (lors d'un rappel DTP)
- Vaccins ROR : 2 injections

Merci de veiller à la mise à jour des vaccinations et remettre le dossier médical ci-joint à l'étudiant complété et signé par vos soins.

VIGILANCE
Il est IMPÉRATIF d'avoir eu au moins 2 doses du vaccin hépatite B avant l'entrée en formation.

3.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé



CERTIFICAT MEDICAL 2023

à établir par un **médecin agrée**

Entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Rouffach

FORMATION INFIRMIERE

Je soussigné(e), docteur .....

médecin agréé par la préfecture du département .....

exerçant à .....

certifie que conformément à l'article 91 de l'arrêté du 21 avril 2007 modifié relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Madame/Monsieur .....

né(e) le .....

demeurant à .....

❑ Ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à l'exercice de la profession

Date : ...../...../..... Signature : Cachet du médecin

DOSSIER MEDICAL 2023

à établir **par votre médecin traitant**
Entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers de Rouffach
FORMATION INFIRMIERE

NOM : ..... **Prénom :** .....

Date de naissance : ...../...../.....

Diphtérie, tétanos, polio (DTP ou DTCoqPolio) – *Obligatoire*

1ère injection le : …. / …. / ….

2ème injection le : …. / …. / ….

3ème injection le : …. / …. / ….

1er rappel : …. / …. / …. **Age : …..**

2ème rappel : …. / …. / …. **Age : …..**

3ème rappel : …. / …. / …. **Age : …..**

4ème rappel : …. / …. / …. **Age : …..**

5ème rappel : …. / …. / …. **Age : …..**

Hépatite B – *Obligatoire*

La vérification de l'immunisation et de l'absence d'infection par le VHB est obligatoire pour tous les étudiants et personnels de santé relevant de la vaccination obligatoire contre le VHB.

1ère injection le : …. / …. / …. **Dénomination : ……** **N° lot : ……**

2ème injection le : …. / …. / …. **Dénomination : ……** **N° lot : ……**

3ème injection le : …. / …. / …. **Dénomination : ……** **N° lot : ……**

☐ **A réalisé une sérologie :** dosage des anticorps anti-HBs **ET** dosage des anticorps HBc **ET** dosage Antigène HBs. ***Joindre la copie des résultats obligatoirement.***

Taux d'anticorps : …… **Immunisation :** ☐ **Oui** ☐ **Non**

Intradermoréaction – *Recommandée*

Induration en mm

Test tuberculinique : Date : ...../...../..... Résultat à 72 h : ..... mm

Centre hospitalier de Rouffach • 27 rue du 4ème RSM • BP 29 • 68250 ROUFFACH • Téléphone 03 89 78 70 70
http://www.ch-rouffach.fr

Vaccinations autres – *Recommandées*

ROR :

1ère injection le : : .... / .... / .... 2ème injection le : : .... / .... / ....

Vaccin contre **la Méningite C** (à réaliser avant 24 ans révolus) : Réalisé le ...../...../.....

COVID :

1ère injection le : : .... / .... / .... 2ème injection le : : .... / .... / .... 3ème injection le : : .... / .... / ....

Maladies infantiles	**Antécédent de la maladie**	**OU**	**sérologie positive**
Varicelle	☐		☐ Résultat : .....
Rougeole	☐		☐ Résultat : .....
Rubéole	☐		☐ Résultat : .....
Oreillons	☐		☐ Résultat : .....
Coqueluche	☐		☐ Résultat : .....
Hépatite A	☐		☐ Résultat : .....
Grippe (annuellement)	☐		☐ Résultat : .....

ATTENTION : le certificat d'aptitude de l'élève à l'entrée en formation dépend de ces indications.

Je soussigné, Docteur .....

Certifie que Mme/M. .....

répond à ses obligations vaccinales selon le texte en vigueur et a reçu les vaccinations obligatoires précédentes

L'étudiant(e) est autorisé(e) à débuter son parcours de stage au vu des conditions vaccinales :

☐ **OUI** ☐ **NON**

Fait le : .... /.... /....

Cachet et signature

Centre hospitalier de Rouffach • 27 rue du 4ème RSM • BP 29 • 68250 ROUFFACH • Téléphone 03 89 78 70 70
http://www.ch-rouffach.fr