

## CERTIFICAT D'APTITUDE A LA FORMATION INFIRMIER(E)

### DOCUMENT A COMPLETER PAR UN MEDECIN AGREE ARS (autre que le médecin traitant)

Je soussigné, Docteur.....NE PAS COMPLETER.....Médecin agréé par l'ARS, (1)  
certifie que : NE PAS COMPLETER

Nom de famille<sup>(2)</sup> suivi du nom d'usage si besoin et Prénoms <sup>(2)</sup>

NE PAS COMPLETER .....

né(e) le : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à :

- N'est pas atteint(e) d'affection d'ordre physique et/ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'infirmier(e) <sup>(3)</sup>
- Est atteint(e) d'affection d'ordre physique et/ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'infirmier(e) <sup>(3)</sup>

Que la radiographie pulmonaire de moins de trois mois

Date : .....à compléter impérativement :

- Est normale. <sup>(3)</sup>
- Présente des anomalies. <sup>(3)</sup>
  
- Que l'état oculaire est compatible avec l'exercice de cette profession <sup>(3)</sup>
- Que l'état oculaire est incompatible avec l'exercice de cette profession <sup>(3)</sup>

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

SIGNATURE et CACHET

Remis en mains propres à l'intéressé(e).

(1) Figurant sur la liste départementale des médecins agréés par l'Agence Régionale de Santé, liste à fournir si le candidat n'est pas originaire de l'Yonne.

(2) En caractères d'imprimerie.

(3) Cocher la mention correspondante.

**COPIE POUR INFORMATION (Ne pas compléter)**

## CERTIFICAT MEDICAL ATTESTANT DES VACCINATIONS

### DOCUMENT A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Je, soussigné(e), Docteur : ... NE PAS COMPLETER .....

Certifie que la situation vaccinale de Mme, M ..... NE PAS COMPLETER .....

Né(e) le : \_\_/\_\_/----

☞ **Ne lui fait courir aucun risque lors de sa mise en stage dans les établissements hospitaliers en regard de la réglementation.**

☞ **A été vacciné(e)** contre les affections suivantes :

*sont obligatoires les vaccinations contre **la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, l'hépatite B** - Article L 3111-1 du code de la Santé Publique, Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé.*

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

| Dernier rappel DTP effectué |      |        |
|-----------------------------|------|--------|
| Nom du vaccin               | Date | N° lot |
|                             |      |        |

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies dans l'annexe jointe : algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'Hépatite B.

| Injections Hépatite B effectuées (toutes les noter) |      |        |
|---|------|--------|
| Nom du vaccin                                       | Date | N° lot |
|   |      |        |
|   |      |        |
|   |      |        |
|   |      |        |
|   |      |        |

- Immunisé(e) contre l'hépatite B :      oui  non       le \_\_\_\_\_
- Immunisé(e) contre l'hépatite B :      oui  non       le \_\_\_\_\_
- Immunisé(e) contre l'hépatite B :      oui  non       le \_\_\_\_\_
- Sérologie AC anti-HBS : .....      le \_\_\_\_\_
- Non répondeur (se) à la vaccination :    oui  non

***Concernant la vaccination contre l'Hépatite B, aucune dérogation n'est possible à l'obligation vaccinale pour les étudiants souhaitant s'engager dans des formations médicales, pharmaceutiques et paramédicales.***

**COPIE POUR INFORMATION (Ne pas compléter)**

## RECOMMANDATIONS VACCINALES

### Recommandations vaccinales (BEH 14-15 du 10 avril 2012)

- **GRIPPE :**

« Les recommandations concernant le vaccin contre les **virus grippaux saisonniers** peuvent évoluer en fonction des données épidémiologiques et ainsi faire l'objet de recommandations actualisées non incluses dans le calendrier vaccinal. »

| Vaccin | Type | Date |
|--------|------|------|
|        |      |      |

- **COQUELUCHE :**

- Vaccination par un vaccin quadrivalent dTcaPolio à l'occasion d'un rappel décennal dTPolio

| Vaccin | Type | Date |
|--------|------|------|
|        |      |      |

- **ROUGEOLE :**

| Vaccin | Type | Date |
|--------|------|------|
|        |      |      |

- **VARICELLE :**

- Antécédent : oui  non

- Sérologie : .....

| Vaccin | Type | Date |
|--------|------|------|
|        |      |      |

Fait à :

le :

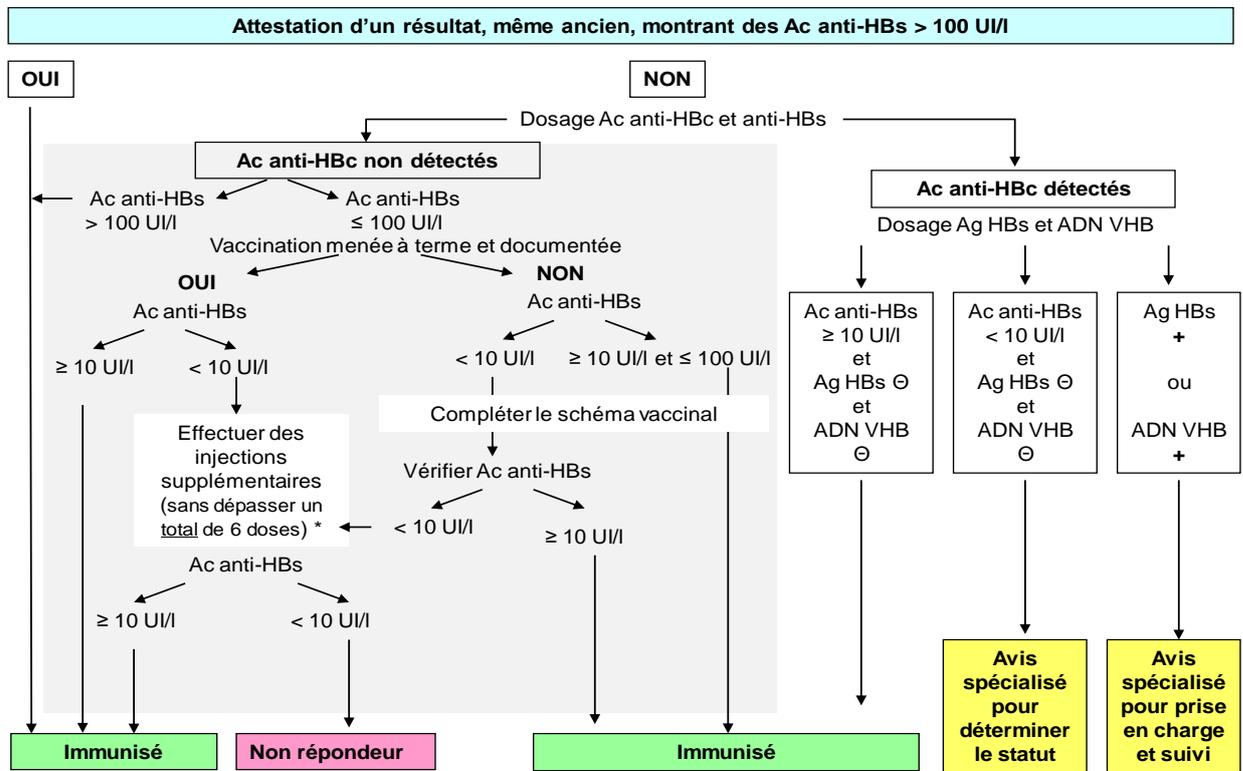
Signature du médecin :

Cachet :

**ATTENTION : AUCUN DUPLICATA NE SERA FOURNI. CONSERVER UNE COPIE**

**COPIE POUR INFORMATION (Ne pas compléter)**

# ALGORITHME POUR LE CONTRÔLE DE L'IMMUNISATION CONTRE L'HEPATITE B DES PERSONNES MENTIONNEES A 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>)

COPIE POUR INFORM.