



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

Docteur,

Afin de permettre aux étudiants / élèves des filières paramédicales d'effectuer leur formation et leur stage **ils doivent impérativement répondre aux obligations vaccinales des professionnels de santé** (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 / élève doit fournir à l'IFPS de Saint-Brieuc 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**
 - réalisé entre 11 et 13 ans
 - à l'âge de 25 ans et de 45 ans
 - **Hépatite B – schéma complet : dates de toutes les vaccinations**
 - Schéma **classique** M0, M1, M6
 - Schéma **rapide** J0, J7 (si Engerix) ou J10 (si Genhevac), J21, M12
 - **Dosage des anticorps anti-HBs** réalisé après la vaccination, obligatoire pour le départ en stage
 - si le taux d'anti-HBs est entre 10 et 100 UI/l, compléter d'un taux d'anticorps-HBc
 - si la recherche d'anticorps HBc est positive, compléter par une recherche des antigènes HBs et de l'ADN Viral de l'hépatite B
- **Un test tuberculinique :** datant de moins d'1 an à la date de la rentrée (sauf contre-indication médicale notifiée), avec un **résultat lu à 3 jours et noté en millimètres d'induration.**

Certains vaccins sont fortement recommandés mais non obligatoires :

- ⇒ Vaccin Coqueluche (lors d'un rappel DTP)
- ⇒ Vaccins ROR
- ⇒ Covid-19
- ⇒ En l'absence d'antécédent de varicelle, une sérologie varicelle

Merci de veiller à la mise à jour des vaccinations et remettre l'attestation médicale d'immunisation et vaccination obligatoires ci-jointe à l'étudiant / élève complété et signé par vos soins.

Pour toute question relative à ce dossier vous pouvez nous contacter au secrétariat de l'IFPS de Lannion - par mail : secretariat.ifps.lannion@armorsante.bzh

La Direction

Pour plus d'information :

Sur le site : <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/calendrier-vaccinal>

ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique



Formation concernée :

IFSI

IFAS

IFA

Aux. Ambu.

NOM – Prénom : Né(e) le |_|_| | |_|_| | |_|_|_|_|

Hépatite B - **Obligatoire**

Un schéma vaccinal complet (au moins 3 injections) **est obligatoire** à l'entrée en formation. Notez les dates des injections.

Nom du vaccin	Date 1 ^{er}	Date 2 ^{ème}	Date 3 ^{ème}	Date 4 ^{ème}	Date 5 ^{ème}

Sérologies obligatoires : dosage des anticorps anti-HBs ET dosage des anticorps HbC si les anticorps anti-HBs sont inférieurs à 100 UI/l – Si bilan plus complet, merci de joindre les résultats du laboratoire.

Date : Dosage des anticorps anti-HBs UI/l

Date : Dosage des anticorps HbC si AcHBs entre 10 et 100 Positifs Négatifs

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

Type de vaccin (DTP, DTCP, ...)	Date du dernier vaccin	N° de lot

Test tuberculinique - **Obligatoire**

Date : Résultat : mm d'induration

Résultat datant de **moins de 1 an** avant l'entrée en formation (*sauf contre-indication motivée*)

BCG

Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG toutefois, il appartient au médecin du travail de proposer la vaccination à certains professionnels à risque élevé d'exposition au bacille tuberculeux (R4426-6 du code du travail)

Nom du vaccin	Date ou mention « non vacciné »	N° de lot

Vaccinations fortement recommandées (Coqueluche, ROR, Covid 19)

Date : Type de vaccin : | Date : Type de vaccin :

Date : Type de vaccin : | Date : Type de vaccin :

Maladies infantiles	Antécédent de la maladie	OU Sérologie positive
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :

Covid 19

Nom du vaccin	Date 1 ^{er}	Date 2 ^{ème}	Date 3 ^{ème}

Je soussigné Dr....., certifie de la conformité des informations ci-dessus (conforme à l'article L3111-4 du code de la santé publique).

Fait le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| **Cachet et signature**

