



## Service de Médecine du Travail

Docteur BAILLY Nathalie – Docteur Gildas COUTU

Centre Hospitalier - 18 Avenue du 8 Mai 1945 - BP 1148 - 03100 MONTLUCON

☎ 04 70 02 36 82

✉ [sec.medtrav@ch-montlucon.fr](mailto:sec.medtrav@ch-montlucon.fr)

### DOC 3

Madame,

Monsieur,

Suite à votre entrée à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers en septembre 2021, nous vous demandons de nous faire parvenir, dès que possible, les documents suivants, **par mail : [sec.medtrav@ch-montlucon.fr](mailto:sec.medtrav@ch-montlucon.fr)** ou **par courrier postal : Centre Hospitalier - Service de Médecine du Travail - 18 avenue du 8 Mai 1945 03100 MONTLUCON**

- Fiche de Renseignements médicaux complétée par un médecin agréé (Formulaire 1)
- 1 Photo d'identité (pour le dossier médical)
- CV résumé
- Questionnaire de santé (Formulaire 2)
- Certificat médical d'aptitude établi par un médecin agréé (Formulaire 3)
- Carnet de santé (ou numérisation des pages référentes aux vaccins et maladies infantiles)
- Résultats des examens obligatoires: Radiographie Pulmonaire, bilan sanguin (*cf. stipulé sur Formulaire 1*)

***La présentation de ces documents conditionne votre départ en stage***



## Service de Médecine du Travail

Docteur BAILLY Nathalie - Docteur Gildas COUTU

☛ Centre Hospitalier - 18 Avenue du 8 Mai 1945 - BP 1148 - 03100 MONTLUÇON

☎ 04 70 02 36 82    ✉ sec.medtrav@ch-montlucon.fr

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(À nous fournir complétée et signée par un médecin agréé)

**Toutes vaccinations incomplètes interdisent l'accès aux stages**

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

➤ **IDR (tubertest)** datant de moins de 2 ans obligatoire (circulaire n° DGS/SD5C/2004373 du 11/10/2004)

Date : \_\_\_\_\_ Induration : \_\_\_\_\_ mm

(l'annotation « positif » ou « négatif » ne doit pas être retenue, ne pouvant pas servir de référence)

➤ **vaccination D.T.C.Polio** selon recommandation du dernier calendrier vaccinal

Nom du dernier vaccin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

➤ **vaccination Hépatite B** en 3 injections minimum obligatoire

	Date	Nom du vaccin	N° de lot
1 <sup>re</sup> injection			
2 <sup>e</sup> injection			
3 <sup>e</sup> injection			
4 <sup>e</sup> injection			
5 <sup>e</sup> injection			
6 <sup>e</sup> injection			

➤ **dosage des anticorps anti-HBs obligatoire** selon dernier arrêté du 02/08/2013 qui remplace celui du 06/03/2007 pour les professionnels de santé visés à l'article L . 3111-4

Date : \_\_\_\_\_ Résultats : \_\_\_\_\_

**Merci de nous fournir les résultats du laboratoire**

(en l'absence d'immunisation une dose de rappel peut être effectuée (maximum 6), un résultat d'anticorps anti-HBs entre 10 et 100 mUI/ml nécessite la recherche d'un anticorps HBc et Antigène HBs), voir conditions d'immunisation selon le tableau joint au verso

➤ **2 doses de vaccin ROR** sont fortement recommandées :

date de la 1<sup>re</sup> injection : \_\_\_\_\_ date de la 2<sup>e</sup> injection : \_\_\_\_\_

➤ **Varicelle** : Si Oui (date) : \_\_\_\_\_ Non

➤ **Radiographie pulmonaire** datant de moins d'un an

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du médecin

Attestation médicale		Dosages complémentaires à faire		Immunisation	CAT
Anticorps antiHBs	Vaccination	Anticorps antiHBc	Antigène HBs		
> 100	Vaccination complète ou pas de preuve de vaccination ou antécédent de vaccination incomplète	Inutile	Inutile	Immunisé	RAS
Entre 10 et 100	Vaccination complète	Négatif	Inutile	Immunisé	RAS
Entre 10 et 100	Pas de preuve de vaccination ou antécédent de vaccination incomplète	Négatif	Inutile	Non immunisé	Vaccinations à réaliser ou à compléter sans prévoir de redosage des antiHBs
Entre 10 et 100	Vaccination complète ou pas de preuve de vaccination ou antécédent de vaccination incomplète	Positif	Négatif	Immunisé	RAS
Entre 10 et 100	Vaccination complète ou pas de preuve de vaccination ou antécédent de vaccination incomplète	Positif	Positif	Infecté	Pas de vaccination Avis spécialisé
< 10	Vaccination complète	Négatif	Inutile	Non immunisé	Un rappel à faire et dosage des antiHBs 6 semaines après chaque injection supplémentaire (jusqu'à immunisation, maxi 6 injections)
< 10	Pas de preuve de vaccination ou vaccination incomplète	Négatif	Inutile	Non immunisé	Vaccination à réaliser ou à compléter et dosage antiHBs 6 semaines après chaque injection supplémentaire (jusqu'à immunisation, maxi 6 injections)
< 10	Pas de preuve de vaccination ou vaccination incomplète	Positif	Négatif	Immunisé ou non ?	Avis spécialisé
< 10	Vaccination complète ou pas de preuve de vaccination ou vaccination incomplète	Positif	Positif	Infecté	Pas de vaccination Avis spécialisé



## Service de Médecine du Travail

Docteur BAILLY Nathalie - Docteur GILDAS COUTU

Centre Hospitalier - 18 Avenue du 8 Mai 1945 - BP 1148 - 03100 MONTLUÇON

☎ 04 70 02 36 82    ✉ sec.medtrav@ch-montlucon.fr

### Questionnaire confidentiel de santé auto déclaré

Nom usuel ..... Prénom.....  
 Nom de naissance .....  
 Date de naissance ..... Age .....  
 Téléphone ..... E-mail.....  
 Adresse postale .....

*Mettre une croix si vous avez à répondre par oui*

**AVEZ-VOUS, OU AVEZ-VOUS EU :**

Maladie cardiaque : HTA .....Autres..... ECG.....  
 Maladie pulmonaire/ORL : Asthme.....Tuberculose.....Otite/sinusite.....Autres.....  
 Affection ophtalmologique : Troubles oculaires.....Corrections.....Autres.....  
 Maladie appareil digestif : Rectocolite hémorragique .....Crohn .....Hernie.....Autres.....  
 Maladie appareil urinaire : Infections urinaires répétées.....Coliques néphrétiques.....Autres.....  
 Maladie appareil locomoteur : Affection colonne vertébrale.....Rhumatisme/tendinopathie .....  
 Hernie discale.....Autres.....  
 Maladie neurologique : Epilepsie.....EEG.....  
 Endocrinologie : Diabète.....Troubles thyroïdiens.....Autres.....  
 Allergies spécifiques : Médicamenteuse.....Latex.....Alimentaire.....  
 Métaux.....Allergie saisonnière.....Autres.....  
 Affection dermatologique : Eczéma.....Autres.....

**AUTRES MALADIES.....**

**SUIVEZ-VOUS :**

Un traitement médical.....Un traitement contraceptif.....  
 Avez-vous un suivi spécialisé.....

**AVEZ-VOUS ETE :**

Accidenté.....Opéré (anesthésie générale).....  
 Hospitalisé.....

**VOTRE ETAT VOUS REND-IL INTOLERANT:**

Aux bruits .....  
 Aux produits chimiques.....Aux odeurs.....  
 Aux poussières.....  
 Au travail de nuit.....  
 Autres.....

**AVEZ-VOUS DEJA TRAVAILLE :**

En horaire alterné.....Sur un poste de nuit.....  
 En contact avec de l'amiant.....Soumis aux rayons ionisants.....

*Je prends note que le fait d'avoir une contre-indication aux vaccinations obligatoires rend impossible mon admission à l'IFSI. Je certifie sur l'honneur avoir consigné intégralement et exactement tous les renseignements concernant mon état de santé. Dans le cas contraire, je reconnaitrais avoir entravé la mission du médecin.*

Date.....Signature .....



**CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE  
ETABLI PAR UN MEDECIN AGREE**

**A PRODUIRE POUR LE JOUR DE LA RENTREE**

Je soussigné(e) Docteur .....

médecin généraliste agréé certifie que :

Mme,  Mr.....

Né(e) le ..... à .....

Ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession

infirmier(ère)

aide-soignant(e)

Certificat établi le ..... A .....

Signature et cachet