

## 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 tuberculique :** 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 Saint-Brieuc - par mail : [ifps.stbrieuc@armorsante.bzh](mailto:ifps.stbrieuc@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 <sup>er</sup>	Date 2 <sup>ème</sup>	Date 3 <sup>ème</sup>	Date 4 <sup>ème</sup>	Date 5 <sup>ème</sup>

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 <sup>er</sup>	Date 2 <sup>ème</sup>	Date 3 <sup>ème</sup>

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**

