

CONSTITUTION DU DOSSIER MEDICAL

Au terme de l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

Le jour de la pré-rentrée, vous devez fournir obligatoirement :

1 - Un certificat médical (annexe1) *signé par un médecin agréé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) attestant que le candidat « ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession »¹.*

La liste des médecins agréés est disponible sur le site de [l'Agence Régionale de Santé de votre région en indiquant](#) « médecin agréé » dans le moteur de recherche du site. A noter, la consultation n'est pas prise en charge par la sécurité sociale. Cependant, certains dispensaires ont des consultations de médecin agréé.

Au plus tard le jour de la **première entrée en stage** :

2 - Un certificat de vaccinations² (annexe 2) conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France.

3 - Une radiographie pulmonaire de référence (recommandée).

Chaque année un certificat médical d'aptitude physique et psychologique vous sera demandé (annexe 3).

ATTENTION :

L'admission définitive est subordonnée à la présentation d'un certificat d'aptitude physique et psychologique ainsi que d'un certificat de vaccinations.

¹ Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.

² Instruction n°DGS/RI1/R12/2014/21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 02 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de santé publique.



ANNEXE 1

**CERTIFICAT MEDICAL
D'ENTRÉE EN INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS**

A REMPLIR PAR UN MEDECIN AGRÉÉ

Je soussigné(e), Docteur.....

Médecin agréé(e) par l'Agence Régionale de Santé du département

Exerçant à.....

Certifie que Mme, Mr.....

Né(e) le.....

Demeurant à.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'Infirmier.

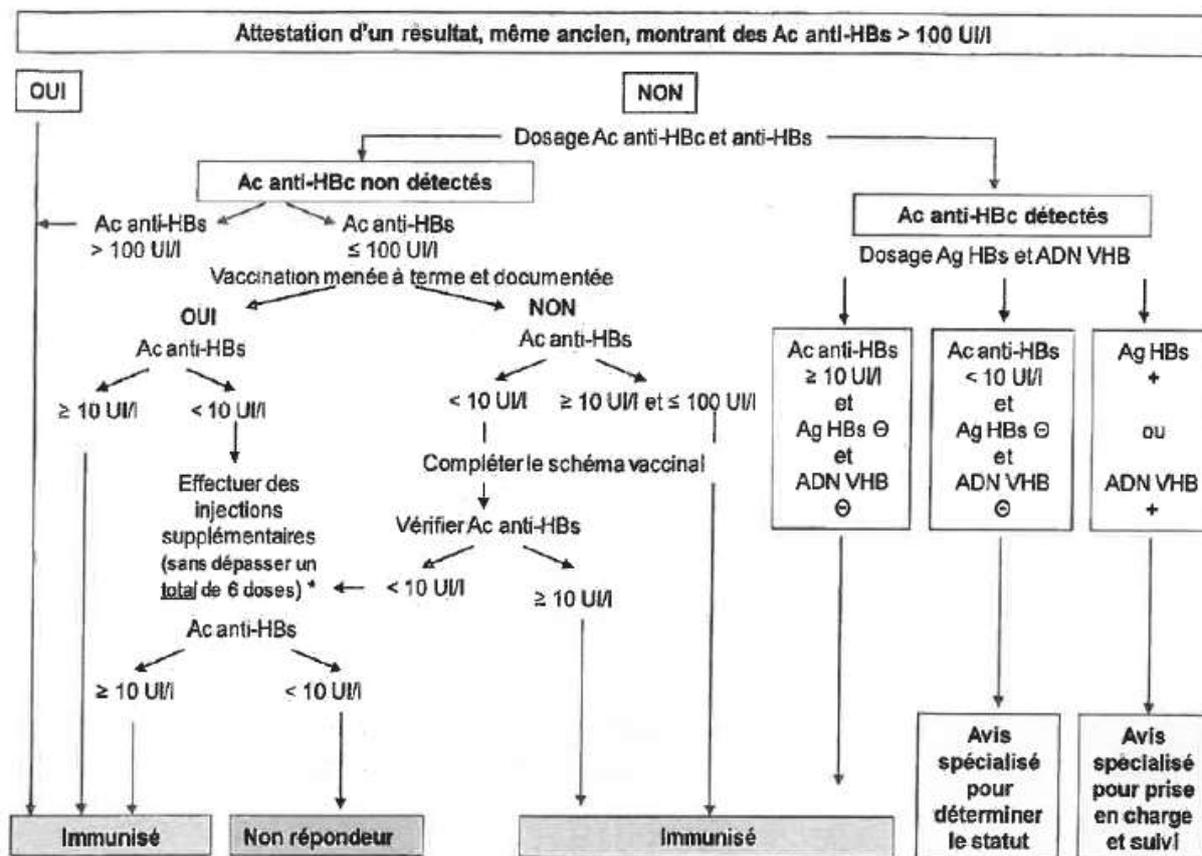
Commentaires :

.....
.....

DATE :

Signature et tampon :

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à 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 tuberculitiques
- 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>)

**ANNEXE 2 : Proposition de modèle d'Attestation médicale
d'immunisation et de vaccinations obligatoires**

Dr Nom Prénom
Titre et qualification
Adresse
Téléphone

Lieu, date

Je, soussigné(e) Dr

, certifie que M / Me

Nom :

Prénom :

Né(e) le

- Candidat(e) à l'inscription à (*entourer la filière choisie*) :

- professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien ;
- autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, technicien en analyses biomédicales.

a été vacciné(e) :

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

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre la fièvre typhoïde** depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) :

Nom du vaccin	Date	N° lot

• **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*rayez les mentions inutiles*) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
- non répondeur(se) à la vaccination : oui non

• **Par le BCG** (*obligatoire aussi pour d'autres filières d'études*) :

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot
IDR à la tuberculine	date	Résultat (<i>en mm</i>)

Signature et cachet du médecin

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.