

Le PASSEPORT MEDICAL CRIP Formations sanitaires

Les formations en santé sont soumises à des vaccinations obligatoires.

Aussi, le « Passeport Médical CRIP » est à fournir impérativement au plus tard le jour de votre entretien de sélection, même si vos vaccinations sont en cours. Il est à faire remplir par votre médecin.

A noter : Le certificat médical d'aptitude du médecin <u>agréé</u>* (dernière page) sera indispensable après la publication des résultats et uniquement pour les candidats admis à entrer en formation d'aide-soignant.

Lors de votre admission à la formation sanitaire, il faudra faire présenter au service médical du CRIP ce passeport médical complété en totalité.

ATTENTION: Vous devez conserver une photocopie de votre « **PASSEPORT MEDICAL » COMPLET**, il pourra vous être demandé sur vos lieux de stage pendant la formation sanitaire.

Le PASSEPORT MEDICAL devra contenir impérativement :

- La fiche Médicale de Vaccination, à faire compléter par un médecin, contenant :
 - La signature ainsi que le cachet du médecin
 - Les dates des vaccinations obligatoires pour le métier d'infirmier(e) (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Hépatite B, COVID19)
 Le rattrapage vaccinal doit se faire le plus rapidement possible et conformément aux recommandations vaccinales pour les professionnels de santé, afin que vous disposiez d'un schéma vaccinal complet à l'entrée en IFSI 1^{ère} année
 - o Les dates des vaccinations recommandées
 - Les résultats d'un test tuberculinique (IDR) de moins de trois mois : la lecture de ce test doit être faite en millimètre.
- les documents à joindre sont les suivants :
 - Une sérologie de l'hépatite B (joindre le résultat du laboratoire).
 - Une copie de votre carnet de vaccination.
 - Pour la COVID 19 : une copie de votre certificat COVID numérique UE (disponible dans votre compte AMELI), ainsi que les résultats positifs, des tests antigéniques ou PCR que vous avez réalisés
 - * Médecin agréé par la préfecture de votre département et dont vous trouverez la liste sur le site de l'Agence Régionale de Santé de votre région.

PASSEPORT MEDICAL DE L'ETUDIANT EN SANTE

Q-F-Passeport médical IFSI IFAS-03- 01/02/2023 - Service médical



Année 2022/2023

A remplir par l'étudiant en soins infirmiers ou l'élève aide-soignant

| | | Cochez la formation co | | |
|----------|---------------|------------------------|----------------------|--|
| | | IFSI (infirmier) | IFAS (aide-soignant) | |
| | | | • | |
| NOM de | naissance : | | Prénom : | |
| Nom d'us | sage : | | Né(e) le | |
| Sexe : | ☐ Féminin | ☐ Masculin | | |
| Date de | Naissance:/_ | | <i></i> | |
| Adresse | 2: | | | |
| | | | | |
| •••••• | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Numéro | o de tél : // | |] | |
| Email : | | (| @ | |

Service médical CRIP: 04 67 33 18 12 Dr Annick LECETRE – Dr Cécile PAYS



FICHE MEDICALE DE VACCINATION - 1/2

A faire remplir par le médecin

| NOM de naissance : | Prénom : | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Nom d'usage : | Né(e) le | | | | | | |
| <u>Diphtérie – Tétanos – Polio (dTP) / Diphtérie – Tétanos – Polio – Coqueluche (dTPca)</u> : | | | | | | | |
| Si un rattrapage sante/vaccination/ca | nécessaire : https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-tlendrier-vaccinal | | | | | | |
| Dernier rappel dTP | -> date : Nom : | | | | | | |
| Dernier rappel dTcaP | -> date : Nom : | | | | | | |
| <u>Hépatite B</u> : vaccination à jour à la date d'entrée en formation (schéma court à privilégier si primovaccination) – cf algorithme page suivante | | | | | | | |
| Rappel des conditions d | | | | | | | |
| (1) Ac anti-HBs > 100UI/I (quel que soit l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats) | | | | | | | |
| (2) Ac anti-HBs ≥ 10UI/I et Ac HBC totaux négatifs et Ag anti-HBs négatifs (si schéma vaccinal complet) | | | | | | | |
| Joindre les résultats de la sérologie | | | | | | | |
| Schéma complet : Soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose, A l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B), Soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B) | | | | | | | |
| - 1 ^{ère} dose | > date : Nom : | | | | | | |
| - 2 ^{ème} dose - | > date : Nom : | | | | | | |
| - 3 ^{ème} dose | > date : Nom : | | | | | | |
| - Injections supplémentaires : -> date : Nom : | | | | | | | |
| | -> date : Nom : | | | | | | |
| | -> date : Nom : | | | | | | |
| <u>Tuberculose</u> : pas de vaccination à faire quel que soit le résultat de l'IDR | | | | | | | |
| - BCG -> | > date : Nom : | | | | | | |
| - Test tuberculinique (IDR), une valeur de référence à l'entrée est indispensable : | | | | | | | |
| Date : Taille de l'induration en mm : | | | | | | | |

Q-F-Passeport médical IFSI IFAS-03- 01/02/2023 - Service médical



FICHE MEDICALE DE VACCINATION - 2/2

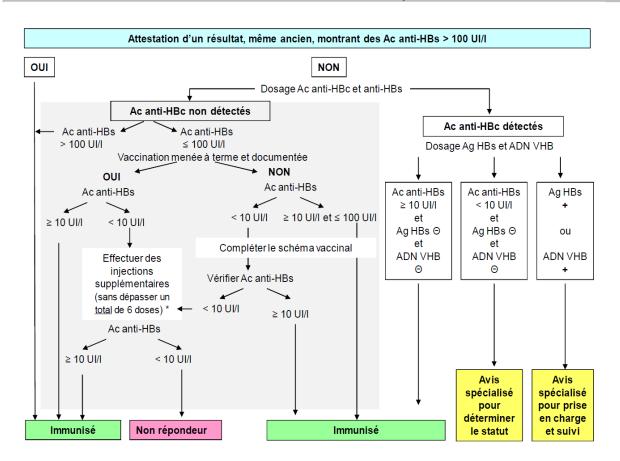
| COVID19: | | | | | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------|--|--|--|--|--|
| Vaccination : | | | | | | |
| - 1 ^{ère} dose | -> date : Nom : | | | | | |
| - 2 ^{ème} dose | -> date : Nom : | | | | | |
| - 3 ^{ème} dose | -> date : Nom : | | | | | |
| - 4 ^{ème} dose | -> date : Nom : | | | | | |
| - Autre dose | -> date : Nom : | | | | | |
| Infection COVID19: | | | | | | |
| - 1 ^{ère} infection | -> date : | | | | | |
| - 2 ^{ème} infection | -> date : | | | | | |
| - 3 ^{ème} infection | -> date : | | | | | |
| Rougeole – Oreillons – Rubéole : | | | | | | |
| - 1 ^{ère} dose | -> date : Nom : | | | | | |
| - 2 ^{ème} dose | -> date : Nom : | | | | | |
| Méningocoque C : | | | | | | |
| 1 seule injection recommandée jusqu'à 25 ans -> date : | | | | | | |
| | | | | | | |
| Je soussigné, Docteur, certifie que les renseignements inscrits ci-dessus | | | | | | |
| sont exacts. | | | | | | |
| | | | | | | |

Q-F-Passeport médical IFSI IFAS-03- 01/02/2023 - Service médical

Signature et cachet du médecin :



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

Guide de la conduite à tenir:

- ◆ Si Anticorps Anti HBc détecté avec
 - O Anticorps anti HBs < 10 UI/I
 - Antigènes HBs et AND VHB –
- Ou si
 - Antigènes HBs + et AND VHB +

Dans ces 2 situations un avis spécialisé est à demander :

- ✓ pour déterminer le statut immunitaire de l'élève
- ✓ pour établir un certificat médical d'aptitude à la fonction et au poste
- ✓ pour prise en charge et suivi si besoin.



CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A faire remplir par un médecin agréé par la préfecture

A noter : Le certificat médical d'aptitude du médecin <u>agréé</u> est indispensable après la publication des résultats et uniquement pour les candidats admis à entrer en formation sanitaire

| Je soussigné(e), Doo | teur | médecin | agréé certifie que : |
|-------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|
| □ Mme □ M | | | |
| né(e) le | à | | |
| ne présente aucune profession | contre-indication phy | ysique et psychologiqu | ue à l'exercice de la |
| | Cochez la formation corre | | |
| | Infirmier | Aide-soignant | |
| | | | |
| Pour faire valoir ce q | ue de droit, | | |
| A | | le | |
| Signature et cachet d | du médecin agréé : | | |