

Le PASSEPORT MEDICAL CRIP Formations sanitaires

Ce passeport médical est à **fournir pour l'inscription aux épreuves de sélection** (même si vos vaccinations sont en cours à la date de clôture de la sélection)

Vous devez en **conserver une photocopie.**

En cas d'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'aide-soignant(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 IFAS
 - 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

- **Le certificat médical d'aptitude établi par un médecin agréé*** doit préciser l'absence de contre-indication physique et psychique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).
* 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.

CENTRE DE RÉÉDUCATION ET D'INSERTION PROFESSIONNELLE

PASSEPORT MEDICAL DE L'ÉLÈVE AIDE-SOIGNANT(E)

Année 2024/2025

A remplir par l'élève aide-soignant(e)

NOM de naissance :Prénom :

Nom d'usage : Né(e) le

Sexe : Féminin Masculin

Date de Naissance : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Adresse :

.....

.....

.....

Numéro de tél : /__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Email :@.....

Service médical IFAS : 04 67 33 18 12

Dr Annick LECETRE – Dr Cécile PAYS

CENTRE DE RÉÉDUCATION ET D'INSERTION PROFESSIONNELLE

FICHE MEDICALE DE VACCINATION IFAS - 1/2

A faire remplir par le médecin

NOM de naissance :Prénom :

Nom d'usage : Né(e) le

<p>Diphtérie – Tétanos – Polio (dTP) / Diphtérie – Tétanos – Polio – Coqueluche (dTPca) : Si un rattrapage nécessaire : https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal</p>
<p>Dernier rappel dTP -> date : Nom :</p> <p>Dernier rappel dTcaP -> date : Nom :</p>
<p>Hépatite B : vaccination à jour à la date d'entrée en formation (schéma court à privilégier si primovaccination) – cf algorithme page suivante</p>
<p>Rappel des conditions d'immunisation :</p> <p>(1) Ac anti-HBs > 100UI/l (quel que soit l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)</p> <p>(2) Ac anti-HBs ≥ 10UI/l et Ac HBC totaux négatifs et Ag anti-HBs négatifs (si schéma vaccinal complet)</p> <p>Joindre les résultats de la sérologie</p>
<p>Schéma complet :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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) <p>- 1^{ère} dose -> date : Nom :</p> <p>- 2^{ème} dose -> date : Nom :</p> <p>- 3^{ème} dose -> date : Nom :</p> <p>- Injections supplémentaires : -> date : Nom :</p> <p style="padding-left: 100px;">-> date : Nom :</p> <p style="padding-left: 100px;">-> date : Nom :</p>
<p>Tuberculose : pas de vaccination à faire quel que soit le résultat de l'IDR</p>
<p>- BCG -> date : Nom :</p> <p>- Test tuberculinique (IDR), une valeur de référence à l'entrée est indispensable :</p> <p>Date : Taille de l'induration en mm :</p>

CENTRE DE RÉÉDUCATION ET D'INSERTION PROFESSIONNELLE

FICHE MEDICALE DE VACCINATION IFAS - 2/2

<u>COVID19 :</u>	
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 :
<u>Rougeole – Oreillons – Rubéole :</u>	
- 1 ^{ère} dose	-> date : Nom :
- 2 ^{ème} dose	-> date : Nom :
<u>Méningocoque C :</u>	
1 seule injection recommandée jusqu'à 25 ans -> date : Nom :	

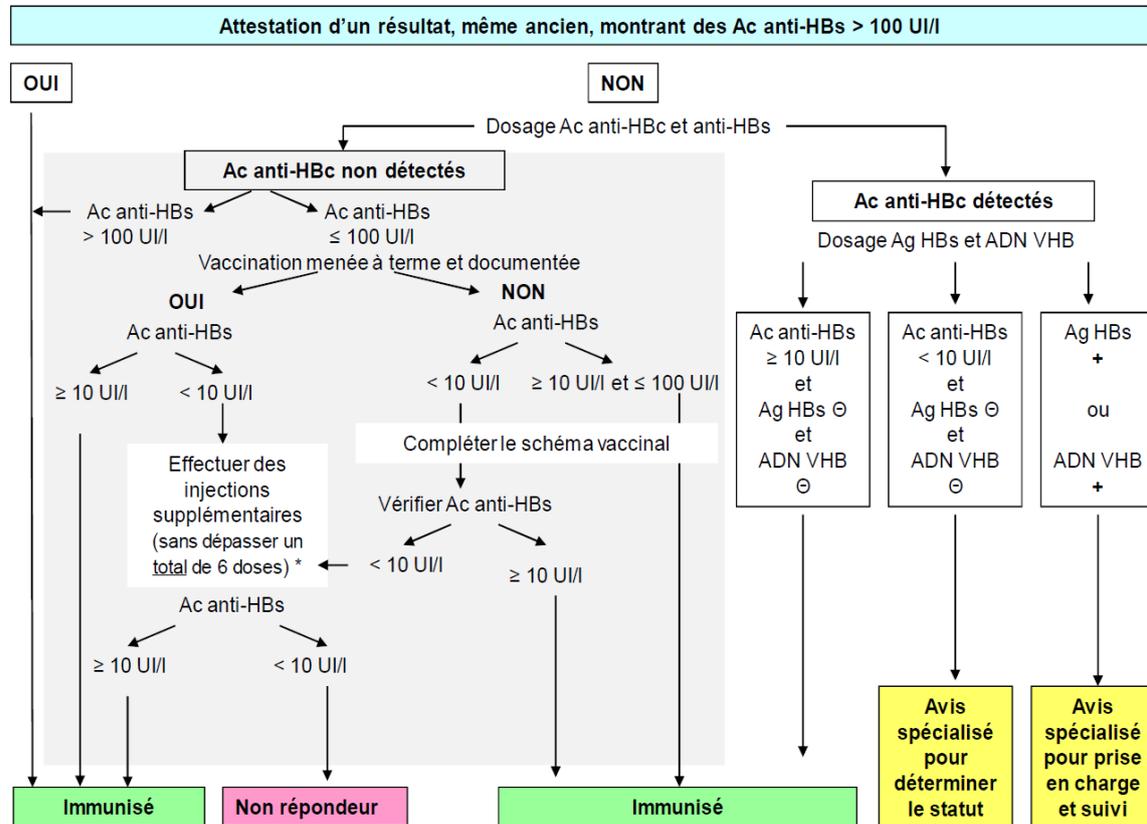
Je soussigné, Docteur, certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : à

Signature et cachet du médecin :

CENTRE DE RÉÉDUCATION ET D'INSERTION PROFESSIONNELLE

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**
 - Anticorps anti HBs < 10 UI/l
 - 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.

CENTRE DE RÉÉDUCATION ET D'INSERTION PROFESSIONNELLE

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A faire remplir par un médecin agréé par la préfecture

A fournir après l'admission aux épreuves de sélection et au plus tard le jour de la rentrée en formation d'aide-soignant

Je soussigné(e), Docteur..... médecin agréé certifie que :

Mme M

né(e) le à

ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

Pour faire valoir ce que de droit,

A le

Signature et cachet du médecin agréé :