

# FORMULAIRE

IRFSS PACAC – INSTITUT DE FORMATION SAINT JOSEPH CROIX ROUGE FRANCAISE

## ATTESTATION MEDICALE DU STATUT VACCINAL POUR LES FORMATIONS AUX PROFESSIONS DE SANTÉ

MISE A JOUR LE  
17-06-2020

Partie à compléter par l'intéressé(e)

**REMISE OBLIGATOIRE DE CE FORMULAIRE A LA SECRETAIRE LE JOUR DE LA RENTREE  
avec une copie de votre carnet de vaccinations à jour.**

NOM: .....

PRÉNOM: .....

DATE DE NAISSANCE: I...../...../.....

LIEU DE NAISSANCE: .....

### FILIÈRE DE FORMATION :

#### INFIRMIERE

- 1<sup>ère</sup> année  
 2<sup>ème</sup> année  
 3<sup>ème</sup> année

#### AIDE-SOIGNANTE

- Cursus Initial  
 Cursus Partiel

#### AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

- Cursus Initial  
 Cursus Partiel

#### FORMATIONS PRE-QUALIFIANTES

- Prépa AS standard  
 Prépa AS dispensés  
 Prépa AP standard  
 Prépa AP dispensés  
 Prépa Bac SAPAT  
 Prépa Bac ASSP  
 Prépa réinsertion professionnelle

Le formé doit **conserver précieusement une copie de ce formulaire** pendant le temps de sa formation.

**EN l'absence d'immunités vaccinales la semaine qui précède le 1<sup>er</sup> stage (le 26 octobre) les élèves ou étudiants ne pourront pas réaliser leur(s) stage(s).**

**ATTENTION ! Ne pas confondre vaccination et immunité, l'immunité apparaît longtemps après la vaccination (compter en mois).**

**Pensez à demander la mise à jour de votre carnet de santé par votre médecin à chaque nouvelle vaccination.**

FORM QA MQ 30/06/20 CS V13



IRFSS PACAC – Site de Marseille  
INSTITUT DE FORMATION SAINT JOSEPH CROIX ROUGE FRANCAISE

[www.croix-rouge.fr](http://www.croix-rouge.fr)

208, Boulevard Chave  
13005 MARSEILLE  
Tel: 04.91.47.28.02  
ifsi.marseille@croix-rouge.fr

## PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Le médecin coche ci-dessous l'état d'immunisation du futur formé

(Nom prénom) ..... au regard des vaccins ci-dessous :

### VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Art L 3111-4 du Code de la Santé Publique)

Vaccins	Immunisé (e) Le :	Non immunisé (e) Le :	En cours de vaccination Le :
<b>DIPHTERIE - TETANOS - POLIO +/- COQUELUCHE</b>			
<b>HEPATITE B : SEROLOGIES OBLIGATOIRES</b> AC anti-Hbs et anti-Hbc			

### VACCINATIONS FORTEMENT RECOMMANDEES Article L.3111-1 du Code de la Santé Publique

Vaccins	Immunisé	Non immunisé	En cours de vaccination
<b>GRIPPE</b> Vaccin recommandé lors de la campagne du mois d'octobre à janvier : 1 dose injectable annuelle chez l'adulte.	X	X	X
<b>MÉNINGOCOQUE C</b> <i>Une seule dose recommandée chez toutes les personnes de 1 à 24 ans inclus</i>			
<b>VARICELLE</b> <i>Quel que soit l'âge, en l'absence d'antécédent ET si sérologie négative- Les personnels soignants doivent avoir reçu 2 doses avec au moins 1 mois d'intervalle entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> dose.</i>			
<b>ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE (ROR)</b> <i>Toute personne née depuis 1980 devrait avoir reçu 2 doses de ROR- Les personnels soignants nés avant 1980 doivent avoir reçu 1 dose de ROR</i>			
<b>VACCIN ANTI TUBERCULEUX</b>			
<b>IDR A LA TUBERCULINE*</b> <i>(Un test de moins de 1 an vous sera demandé lors de la visite médicale par la médecine universitaire)</i>			

DATE :

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN TRAITANT

## PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN AGREE

Je soussigné, Docteur ..... agréé par l'ARS atteste par la présente que (le nom du futur formé) ..... est APTE\*:

- A suivre la formation Infirmière\*, Aide-soignant\*, Auxiliaire de puériculture\*
- A l'exercice de la profession d'Infirmière\*, d'Aide-soignant\*, d'Auxiliaire de puériculture\*  
(\* rayer les mentions inutiles)

DATE

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN AGREE :



# ARBRE DECISIONNEL

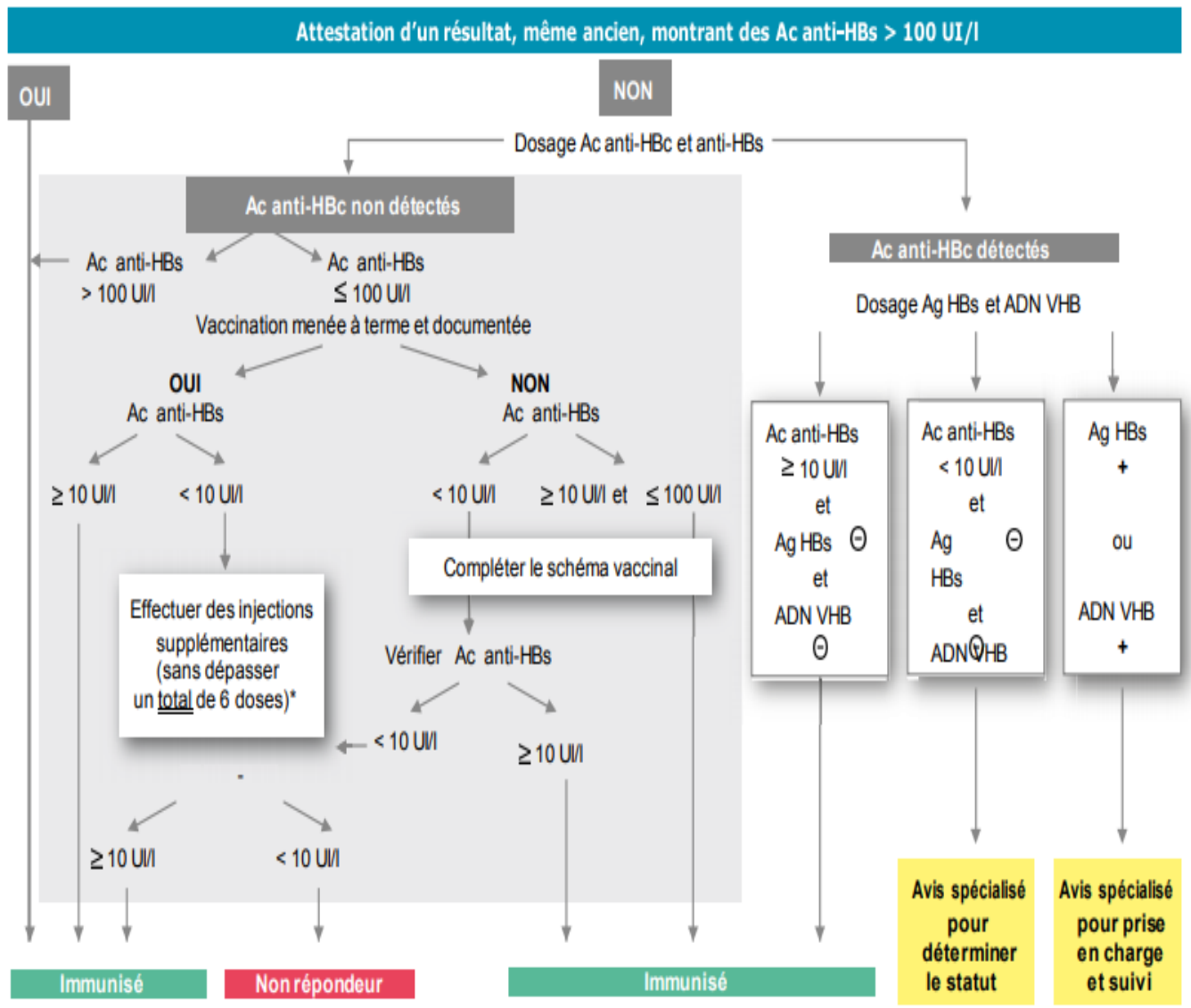
## A L'USAGE DU MEDECIN

### NOUVELLES CONDITIONS D'IMMUNISATION

#### CONTRE L'HEPATITE B A TITRE PROFESSIONNEL,

Selon l'arrêté du 2 aout 2013 modifié et complété par l'instruction du 21 janvier 2014

**Il existe 2 Protocoles de vaccinations :**  
Un rapide Rapide \* : J<sub>0</sub> J<sub>7</sub> J<sub>21</sub> – M<sub>12</sub>  
Un lent Lent\* : M<sub>0</sub> M<sub>1</sub> M<sub>6</sub>



\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac: anticorps ; Ag: antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

