



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NIMES

Place du Professeur Robert Debré
30029 NIMES Cedex 9



Institut de Formation aux Métiers de la Santé

Rue du Professeur Henri Pujol
30029 NIMES Cedex 9
Tél 04.66.68.69.09

Dossier médical

Ce dossier est strictement réservé aux candidats admis en formation à l'IFMS.

Remplir OBLIGATOIREMENT ce dossier médical et l'envoyer accompagné des pièces demandées au Service de Santé au Travail (S.S.T) du CHU de NIMES – coordonnées ci-dessous (attention, ce dossier contient des informations médicales confidentielles : ne pas l'envoyer à l'IFMS).

Au plus tard le :

- AS : Lundi 26 Juillet 2021
- AP : Lundi 2 Août 2021
- Puericultrice : Lundi 30 Août 2021

Service de Santé au Travail – C.H.U de NIMES
Place du Professeur Robert Debré
30029 NIMES Cedex 9
Tél : 04.66.68.34.61 / 04.66.68.30.41



Pôle Politiques Sociales

Service de Santé au Travail

Médecin Coordonnateur :

Dr Nathalie BAYSSIERE

Médecins du Travail :

Dr Thierry BONJOUR

Dr Faten BOUDEN

Secrétariat :

Carémeau :

Tél. : 04 66 68 34 61

Tél. : 04 66 68 30 41

servicesante.travail@chu-nimes.fr

**CENTRE HOSPITALIER
RÉGIONAL UNIVERSITAIRE**
Place du Pr. Robert Debré
30029 NÎMES cedex 9
Standard : 04-66-68-68-68
www.chu-nimes.fr

DOCUMENTS A TRANSMETTRE AU SST (le plus rapidement possible)

● **Certificat médical de vaccinations** dûment rempli par votre médecin traitant

● **Résultat d'une sérologie Hépatite B** (Ag HBS, Ac anti HBs et Ac anti Hbc)

Remarques concernant les vaccination demandées (obligatoires et recommandées) :

1. Toute personne voulant travailler ou entrer en stage dans un établissement sanitaire doit être à jour de ses vaccinations contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite selon le calendrier vaccinal en vigueur (rappel à 25 ans et 45 ans).
Il est recommandé de pratiquer, en cas de rappel nécessaire, une injection contenant la valence de la coqueluche. Soit un REPEVAX® ou un BOOSTRIX TETRA®.
2. L'immunisation contre l'hépatite B est également obligatoire pour travailler ou entrer en stage à l'hôpital si le risque infectieux est côtoyé :

Le schéma vaccinal chez l'adulte comporte 3 injections à M0, M1 et M6 :

- ✓ Cas d'une vaccination déjà réalisée entièrement (3 voire 4 injections selon le schéma utilisé antérieurement) :

Vous devez présenter une sérologie même ancienne qui prouve que vous êtes immunisé. Si ce n'est pas le cas, consultez votre médecin traitant qui décidera si une nouvelle injection est nécessaire.

- ✓ Cas d'une vaccination en cours de réalisation :

2 injections à 1 mois d'intervalle ainsi qu'une sérologie (Ag HBs, Ac anti HBs et Ac anti HBc) réalisée 1 mois après la 2^{ème} injection, sont exigées avant l'entrée en stage au CHU de Nîmes (le rappel à M6 servant à fixer l'immunité dans le temps sera programmé ultérieurement).

3. La réalisation de 2 vaccinations ROR est fortement conseillée en l'absence d'antécédent maladie.

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 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>)
- Décret du 27-02-2019 entraînant la suspension de l'obligation vaccinale BCG pour certaines professions, à compter du 01-04-19.

Document mis à jour le 10-05-2021

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATIONS

A faire remplir par votre médecin traitant (en effectuant, si nécessaire, rappel vaccinal ou bilan biologique)

NOM :

N° Téléphone portable :

PRENOM :

Adresse mail :

DATE DE NAISSANCE :

ETUDE :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	DATE	NOM du MEDECIN (signature, tampon)
dTP ou dTcaP (obligatoire) <i>(Rappel à 25 ans et 45 ans, dTcaP fortement conseillé pour les soignants)</i>	<u>Nom et date dernier rappel :</u> 	
Hépatite B (obligatoire)	<u>Vaccination antérieure :</u> <u>1ere :</u> <u>2eme :</u> <u>3eme :</u> <u>rappels éventuels :</u> <u>En cas d'absence de vaccination, utiliser le schéma vaccinal accéléré (cf schéma voyageurs BEH) :</u> <u>J0:</u> <u>J7:</u> <u>J21:</u>	
Preuve immunité post vaccinale <i>(obligatoire arrêté du 02-08-2013)</i>	<u>Sérologie hépatite B complète :</u> <u>Ag HBs</u> <u>Ac anti-HBs</u> <u>Ac anti HBc</u>	Joindre la feuille de résultats du Laboratoire
ROR <i>(fortement recommandée en particulier pour la rougeole en l'absence d'antécédent maladie)</i>	<u>1ere injection :</u> <u>2ème injection :</u>	

SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL CHU NIMES