

A Ramener le jour de la rentrée

(N'envoyer aucun document par la poste)

LE DOSSIER MEDICAL DOIT COMPORTER

- Une copie des résultats d'analyse biologique : **numération et formule sanguine** (prescription à demander à votre médecin);
- La fiche médicale ci-jointe validée par un médecin

Vous trouverez aussi sur le site du lycée le mémo professionnel de santé à fournir au médecin et un mémo sur la vaccination des étudiants en santé.

- La fiche d'examen de la fonction visuelle.
- Le certificat médical d'aptitude émanant d'un médecin agréé ;

« L'accès aux stages est strictement conditionné au respect des obligations vaccinales en vigueur. L'institut ne pourra être tenu responsable en cas d'impossibilité de départ en stage liée à l'absence ou à la non-conformité du statut vaccinal de l'étudiant. »

Veuillez patienter
nous boostons
votre système
immunitaire



LOADING...

#JeMeVaccine

#JeNousProtège



ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin



Filière universitaire :

- ☐ Médecine
☐ Odontologie
☐ Pharmacie
☐ Sage-femme

ou

Institut de formation :

NOM :

Prénom :

Tél. :

Département de naissance :

Code postal résidence :

NOM de naissance :

.....

Date de naissance : / /

Email :

Commune de naissance ou pays si né(e) à
l'étranger :

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats** sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription selon les modalités décrites par l'établissement.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPCa)

Faire un rappel dTPCa si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années.
Puis rappels dTPCa à âge fixe (25, 45 et 65 ans).

Dernier rappel dTP

Date : / /

Nom :

Dernier rappel dTPCa

Date : / /

Nom :

Hépatite B*

Conditions d'immunisation valides :

Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)

Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet

Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »

Schémas complets valides :

- 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e)
- Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an
- Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg

Veuillez patienter
nous boostons
votre système
immunitaire



LOADING...

#JeMeVaccine

#JeNousProtège



ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin



Joindre résultats de sérologie et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :**

- Première dose => Date : / / Nom :

- Deuxième dose => Date : / / Nom :

- Troisième dose => Date : / / Nom :

- Injections supplémentaires :

Date : / / Nom :

Date : / / Nom :

Date : / / Nom :

Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)

Personnes nées depuis 1980 : 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1^{ère} dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois)

Personnes nées avant 1980 : 1 dose si pas d'antécédent rougeole ou doute (sans contrôle sérologie préalable).

Personnes nées depuis 1980

Première dose : Date : / / Nom :

Deuxième dose : Date : / / Nom :

Personnes nées avant 1980

Antécédent rougeole : Oui / Non

Si Non : Date vaccination : / / Nom :

Varicelle

Vaccination avec 2 doses en absence d'antécédent varicelle (ou doute) et sérologie négative

Antécédent varicelle : Oui / Non

Si Non :

Sérologie positive : Joindre le résultat**

Sérologie négative : dates des vaccinations :

Première dose : Date : / / Nom :

Deuxième dose : Date : / / Nom :

Veuillez patienter
nous boostons
votre système
immunitaire



LOADING...

#JeMeVaccine

#JeNousProtège



ETUDIANT EN SANTE

Fiche médicale à valider par un médecin

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

ars
Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY et B

ACWY : 1 dose recommandée entre 11 et 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus en population générale

B : 2 doses entre 15 et 24 ans en population générale

Date vaccination Men ACWY : ... / ... / Nom :

Première dose Men B : ... / ... / Nom :

Deuxième dose Men B : ... / ... / Nom :

Tuberculose

Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019

IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.

Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférentielle chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contage ultérieur et de détection d'ITL, particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :

Date de la vaccination :

Date dernière IDR et résultat (en mm) :

Date IGRA de référence et résultat :

* Vaccination obligatoire

** Preuves d'immunisation jointes sous pli confidentiel

Je, soussigné(e) Dr certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : .../.../.....

Signature et cachet du praticien :

FICHE D'EXAMEN DE LA FONCTION VISUELLE

A COMPLETER PAR UN OPHTALMOLOGISTE

CONDITIONS D'ADMISSION

ACUITE

Pour être admis minimum requis :

- Acuité corrigée de loin = 8/10° (VOD + VOG)
- Acuité corrigée de près : P2 à l'échelle de PARINAUD

Ne peut être admis :

- Myopie supérieure à -10 dioptries (valeur initiale avant intervention éventuelle)
- Hypermétropie supérieure à +6 dioptries
- Affection évolutive de l'appareil visuel

CHAMP VISUEL

Ne peuvent être admis : les déficits bilatéraux :

- Hémianopsie latérale homonyme
- Hémianopsie bitemporale
- Rétrécissements concentriques (rétinopathie pigmentaire)

VISION BINOCULAIRE ET SENS DU RELIEF

Peut être admis :

- La vision monoculaire dans la mesure ou l'autre œil satisfait aux exigences globales.

VISION DES COULEURS

Peuvent être admis :

- Les dyschromates anormaux (anomalie complète d'une des trois fondamentales).

Ne peuvent être admis :

- Les achromates. Les dyschromates complets (protanope, deutéranope, tritanope). (Les anomalies acquises de la vision des couleurs étant révélatrices d'une autre affection, celle-ci déterminera l'aptitude).



de BEAUFORT



EXAMEN

NOM, Prénom : _____

ACUITE SANS CORRECTION
(en l'absence de correction connue)

ŒIL DROIT

ŒIL GAUCHE

DE LOIN :(valeur en dixième)

DE PRES :(valeur à l'échelle de PARINAUD)

ACUITE AVEC CORRECTION

DE LOIN :(valeur en dixième)

DE PRES :(valeur à l'échelle de PARINAUD)

REFRACTION ET NOMBRE DE DIOPTRIES.

Emmétropie

Hypermétropie

Myopie

Astigmatisme

CHAMP VISUEL (au doigt)

Normal _____

Anormal _____

Type d'anomalie (en clair) : _____

VISION DES COULEURS (test isochromatique)

Normal _____

Anormal _____

Type d'anomalie (en clair) : _____

FOND OEIL : _____

CONCLUSION (indiquer s'il y a compatibilité avec les exigences requises) :

Fait le _____

Cachet et signature du médecin

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

EMANANT D'UN MEDECIN AGREE

(liste disponible à la préfecture)

Je soussigné, Docteur _____, Médecin agréé,

Certifie que :

☐ Mme, ☐ Mlle, ☐ M. _____

né(e) le _____ à _____

- Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale ;
- Présente un état oculaire qui est compatible avec l'exercice de cette même profession ; (voir fiche d'examen de la fonction visuelle)
- Présente une numération globulaire et une formule sanguine normales ;
- Présente une absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et aux radiations ionisantes ;
- Est immunisé(e) ou en cours d'immunisation (à préciser) contre 'Hépatite B, la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite ; (certificat ci-joint) ;

Pour valoir ce que de droit.

Date _____

Signature et cachet du Médecin