

I.F.S.I. du C.H. de LAON - Liste des pièces du dossier médical à fournir

1ère Année	
------------	--

Nom et Prénom : _____

DOSSIER MÉDICAL à classer dans cet ordre :	Cochage par l'Etudiant	VERIFICATION IFSI
--	------------------------	----------------------

1	• PASSEPORT MEDICAL (Recto-Verso) DUMENT COMPLETE ET SIGNE PAR VOTRE MEDECIN TRAITANT - UN TUBERTEST DE MOINS D'UN AN DOIT APPARAÎTRE SUR CETTE FEUILLE - CONSERVER UNE PHOTOCOPIE DE CETTE FEUILLE		
2	• RESULTATS DU DOSAGE ANTICORPS ANTI-HBS ET/OU ANTI-HBC → <u>PHOTOCOPIE DU RESULTAT DU LABORATOIRE</u>		
3	• PHOTOCOPIES DES <u>3 FEUILLES DU CARNET DE SANTE</u> - CHAQUE FEUILLE DOIT COMPORTER VOTRE NOM PRENOM : BCG - Autres vaccinations - Maladies infantiles (contagieuses et épidémiques)		
4	• RESULTATS DE LA SEROLOGIE DE LA ROUGEOLE → <u>PHOTOCOPIE DU RESULTAT DU LABORATOIRE</u>		

Date et signature de l'étudiant(e) :

Remarques de l'étudiant(e) :

Cadre réservé à l'IFSI	Dossier Médical complet	Date complétude
	Dossier médical incomplet → <u>Pièces complémentaires à fournir</u>	Date demande

**SERVICE PREVENTION ET
SANTÉ AU TRAVAIL**

Dr Noémie SILVESTRI

☎ 03-23-24-31-19

✉ noemie.silvestri@ch-laon.fr

Delphine GOULLIEUX VITU - IDEST

☎ 03-23-24-33-02

✉ delphine.vitu@ch-laon.fr

Stéphanie BONTEMPS – ADJT ADM

☎ 03-23-24-31-19

✉ stephanie.bontemps@ch-laon.fr

FORMATION I.F.S.I.

2026/2027

Bonjour,

Vous allez intégrer un cursus de formation paramédicale en vue de devenir professionnel infirmier ou aide-soignant. Ces métiers exposent au risque infectieux et il existe donc des vaccinations obligatoires et recommandées afin de vous protéger.

DES MAINTENANT PRENEZ RENDEZ-VOUS

avec votre **MEDECIN TRAITANT** afin de lui faire **compléter** votre **PASSEPORT MEDICAL** et de mettre à jour vos **vaccinations obligatoires**.

Il est **IMPERATIF** que vous soyez à jour des vaccinations :

Hépatite B / Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite

pour votre admission à l'I.F.S.I. / I.F.A.S.

et **AU PLUS TARD AVANT LE 1^{ER} JOUR DE VOTRE DEPART EN STAGE**



Attention

**TOUT DOSSIER INCOMPLET
NE PERMETTRA PAS DE PARTIR EN STAGE**

Références : Calendrier Vaccinal 2025 / Dictionnaire VIDAL

Arrêté du 02/08/2013, Instruction n° DGS/RI2/2014/21 du 21 Janvier 2014 et Décret n°2019-149 du 27 Février 2019

FICHE INFO :

METIERS DU SOIN ET VACCINATIONS

OBLIGATOIRES POUR LE DEPART EN STAGE :

D.T.P. : contre Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite : rappel à faire à 25 ans et 45 ans

HEPATITE B : contre le virus de l'Hépatite B

Un schéma complet de vaccination contre l'Hépatite B comporte 3 injections sur un intervalle de 6 mois et votre départ en stage est conditionné à une preuve d'immunisation (dosage sanguin d'anticorps prouvant votre protection).

En référence à l'instruction DGS/RI1/RI2 no 2014-21 du 21 janvier 2014 relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique :

- **Une contre-indication à la vaccination contre l'hépatite B correspond de fait à une inaptitude vers les professions médicales, pharmaceutiques ou paramédicales.**
- **Les personnes porteuses de l'antigène HBs et/ou ayant une charge virale détectable sont infectées par le virus de l'hépatite B. Elles ne peuvent pas être vaccinées. De plus, elles ne remplissent pas les conditions d'immunisation détaillées dans l'arrêté du 2 août 2013 ; elles ne peuvent donc pas accéder à la formation aux professions listées dans l'arrêté du 6 mars 2007.**



ROUGEOLE : la réglementation est en cours d'évolution et l'immunisation contre la Rougeole sera obligatoire pour la rentrée 2026.

Il faut ANTICIPER si vous voulez pouvoir partir en stage

RECOMMANDEES :

(Pour vous protéger et protéger également les personnes fragiles de votre entourage et vos Patients, surtout aux âges extrêmes de la vie)

COQUELUCHE : contre la bactérie responsable de l'infection pulmonaire, se fait couplée à un rappel DTP (durée de protection maximum pour 1 dose = 10 ans)

R.O.R. contre Rougeole Oreillons Rubéole avec un schéma complet = 2 doses avec un délai minimum d'un mois entre les 2 doses

VARICELLE : vaccin à faire si pas d'antécédent de maladie Varicelle (si doute : faire une sérologie pour vérifier l'immunisation naturelle)

GRIPPE : vaccination saisonnière annuelle

COVID : vaccination saisonnière annuelle (si dernier rappel ou infection > 6 mois)

Tampon et Signature du Médecin du Travail :

CENTRE HOSPITALIER DE LAON
SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL
Dr Noémie SILVESTRI
Médecin de Santé au Travail
RPPS : 10100543841

PASSEPORT MEDICAL I.F.S.I. 1/2

NOM : _____

NOM de naissance : _____

PRENOM _____

Date de naissance : ____/____/____

VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR LE DEPART EN STAGE

FOURNIR LES PHOTOCOPIES MENTIONNANT NOM, PRENOM ET DATE DE NAISSANCE :

- DES PAGES DES VACCINATIONS ET DES MALADIES INFANTILES DU CARNET de SANTE
- RESULTATS DU DOSAGE ANTICORPS ANTI-HBs ET/OU ANTI-HBc

TUBERTEST

Moins d'un 1 an : date : ____/____/____

et résultat de l'induration _____ mm

Pas de vaccination BCG si Tubertest Négatif

HEPATITE B

1^{ère} situation : VACCINATION ANTERIEURE

Date(s) injection(s) ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Dosage Anticorps anti-HBs et anti-HBc

Date : ____/____/____

Ac anti-HBs : _____

Ac anti-HBc : _____

Si Ac Anti-HBs > 10 : ne rien faire = immunisé(e)

Si Ac Anti-HBs < 10 = NE PAS REFAIRE SCHEMA COMPLET MAIS SEULEMENT :

1 Rappel + Dosage des anticorps à réaliser 1 mois après le Rappel

2^{ème} situation ABSENCE DE VACCINATION OU CARNET PERDU

Ac anti-HBs : _____

1 : Dosage Anticorps anti-HBs et anti-HBc :

Date : ____/____/____

Ac anti-HBc : _____

- Si Ac anti-HBs $\geq$ 100 : ne rien faire = immunisé(e)**
- Si Ac anti-HBc positif et Ac anti-HBs < 10 : ne pas vacciner et faire recherche de l'Antigène-HBs**

2 : Si Anticorps anti-HBs < 10 et anti-HBc négatifs, commencer le schéma vaccinal :

M2 : dosage Ac anti-HBs et HBc

Date : ____/____/____ Résultat : _____

Si Ac Anti-HBs < 10 = faire 3^{ème} dose **aussitôt**
et un nouveau dosage Ac anti-HBs et HBc à

M3

Date 3^{ème} dose à M2 si nécessaire :
____/____/____

M3 : dosage Ac anti-HBs et HBc si nécessaire

Date : ____/____/____ Résultat : _____

M6 ____/____/____

AVANT 20/07/2025

M0 ____/____/____

M1 ____/____/____

APRES 20/07/2025

Schéma accéléré

J0 ____/____/____

J7 ____/____/____

J21 ____/____/____

J40 : dosage Ac anti-HBs et HBc

Date : ____/____/____ Résultat : _____

M12 ____/____/____

D.T.P. (Diphtérie Tétanos Poliomyélite) ou D.T.C.P. (D.T.P.+ Coqueluche)

Il est obligatoire d'être au minimum à jour pour le DTP mais il est très fortement recommandé aux professionnels de santé de réaliser des rappels de DTCP

Date du dernier rappel : ____/____/____

(si rappel à faire privilégier le DTCP)

PASSEPORT MEDICAL I.F.S.I. 2/2

NOM : _____

NOM de naissance : _____

PRENOM _____

Date de naissance : ____/____/____

VACCINATION OBLIGATOIRE POUR LE DEPART EN STAGE

FOURNIR LES PHOTOCOPIES MENTIONNANT NOM, PRENOM ET DATE DE NAISSANCE :

1. DES PAGES DES VACCINATIONS ET DES MALADIES INFANTILES DU CARNET de SANTE
2. RESULTAT DE LA SEROLOGIE ROUGEOLE

ROUGEOLE	Antécédents tracés dans le carnet de santé : OUI ☐ NON ☐	Vaccins (R.O.R.) : Dates des vaccins : ____/____/____ Sérologie Rougeole Date : ____/____/____ Résultat : _____
-----------------	---	---

VACCINATIONS RECOMMANDEES

PHOTOCOPIE DES RESULTATS DE LA SEROLOGIE VARICELLE

VARICELLE	Antécédents tracés dans le carnet de santé : OUI ☐ NON ☐	Si pas d'antécédents = Sérologie Varicelle Si Sérologie Négative : Vaccin à réaliser Date : ____/____/____ Résultat : _____
B.C.G.	Cicatrice vaccinale : OUI ☐ NON ☐	Date du vaccin : ____/____/____

Cachet et Signature du Médecin Traitant
« obligatoire » :

Avis du Service Prévention et Santé au Travail

- ☐ Dossier complet
☐ Dossier incomplet



Attention

R A P P E L :

**TOUT DOSSIER INCOMPLET
NE PERMETTRA PAS DE PARTIR EN STAGE**