

**FORMATION DIPLOME D'ETAT
D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE**

**DOSSIER MÉDICAL
à remettre au plus tard
le jour de la rentrée**

**Institut Formation Auxiliaire de Puériculture
IFAP IFSO La Roche sur Yon**

☎ : 02 51-62-67-27

Email : ifaplaroche@ifso-asso.org

Site Internet : www.ifso-asso.org

MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT CE DOCUMENT DANS SON INTÉGRALITÉ

**Préparer votre dossier de vaccinations dès maintenant,
n'attendez pas l'admission
pour prendre contact avec le médecin agréé ET votre médecin car
5 MOIS PEUVENT ÊTRE NÉCESSAIRES pour effectuer le PROTOCOLE COMPLET DES
VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR ENTRER EN FORMATION.
Les documents à faire compléter par un médecin ne sont pas exigés dans le
dossier d'inscription à la sélection mais ils seront à fournir
au plus tard le jour de la rentrée.**



INSTITUT DE FORMATION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE
177 rue d'Aubigny – BP 80338 - 85008 LA ROCHE SUR YON Cedex
☎ 02 51 62 67 27

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A LA PROFESSION D'AUXILIAIRE DE PUERICULTURE

DOCUMENT À FAIRE REMPLIR et à transmettre au plus tard le jour de la rentrée
Obligatoire pour le premier jour de formation
(pour pouvoir intégrer l'IFAP)

À faire compléter obligatoirement par un **Médecin agréé**
figurant sur la liste disponible sur le site **de l'ARS ou de la préfecture** de votre département :
<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/consulter-la-liste-des-medecins-agrees-en-pays-de-la-loire>

Je soussigné Docteur

MÉDECIN AGRÉÉ par l'ARS du département

certifie que Mme / M.

né(e) le

➔ N'est atteint **d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique** incompatible avec l'exercice de la **profession d'auxiliaire de puériculture** à laquelle il (ou elle) se destine.

Fait à, le

Cachet :

Signature :

Attestation médicale d'immunisation et de vaccination

DOCUMENT À FAIRE REMPLIR par le médecin traitant pour attester de la complétude du protocole de vaccination et vérifications immunitaires et à transmettre au plus tard le jour de la rentrée

Je soussigné Docteur
 certifie que Mme / M. né(e) le
 candidat(e) à la formation aide-soignante, a reçu les **vaccinations** suivantes et les **sérologies** nécessaires :

DIPHTÉRIE – TÉTANOS – POLIOMYÉLITE +/- COQUELUCHE

(Art. L3111-4 du code de la Santé Publique)

	Nom du vaccin	Date d'injection	N° du lot
Dernier rappel DTP			
Dernier rappel DTCP			

BCG

Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)	N° du lot

Ou Cicatrice vaccinale : OUI NON

IDR à la tuberculine

Une intradermo réaction à la tuberculine datant de **moins de 1 an avant l'entrée en formation.**

Date (JJ / M / AN)	Résultat en mm*

*** Un résultat noté « + » n'est pas valide, il doit être chiffré en mm.
 Il n'est pas demandé de revacciner en cas de test tuberculinique négatif. (<5mm)**

HÉPATITE B

- ☞ **L'Arrêté du 2 aout 2013** fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L – 3111-4 du code de la Santé publique.
- ☞ **L'INSTRUCTION DGS/RI1/RI12/2014/21 du 21 janvier 2014**, relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 aout 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L – 3111-4 du code de la Santé publique – **Annexe 1**
- ☞ **L'AVIS, du 20 février 2014**, du Haut conseil de la santé publique, relatif aux schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B par les vaccins ENGERIX B® 20 microgrammes/1 ml et GENHEVAC B Pasteur® 20 microgrammes/0,5 ml

Schéma de vaccination classique – Hépatite B

3 injections en respectant un intervalle de :

- au moins 1 mois entre la 1^{ère} et la 2^{ème} injection
- au moins 6 mois entre la 2^{ème} et la 3^{ème} injection

Schéma de vaccination Hépatite B en accéléré

Dans les situations où une protection vaccinale doit être obtenue rapidement (ici pour l'entrée en formation), il est possible de procéder à une vaccination en **3 injections sur 21 jours, suivies d'un rappel un an après**.

Impérativement : réaliser une sérologie (prise de sang) de contrôle de l'immunisation après la 3^{ème} injection (permet de vérifier l'efficacité du vaccin et de vous **autoriser à partir en stage**).

Si le résultat de la prise de sang montre que vous n'êtes pas immunisé, vous devez réaliser une 4^{ème} injection du vaccin, puis contrôler à nouveau par une prise de sang votre immunisation (maximum 6 injections).

VACCINATION :

		Nom du vaccin	Date d'injection	N° de lot
Schéma vaccinal cocher ci-dessous <input type="checkbox"/> Classique « 0 – 1 – 6 » <input type="checkbox"/> Accéléré <input type="checkbox"/> Ancien schéma	1 ^{ère} injection			
	2 ^{ème} injection			
	3 ^{ème} injection			
	Rappels			
	Rappels			
	Rappels			

TAUX D'ANTICORPS ANTI HBS	
Date	Résultat

TAUX D'ANTICORPS ANTI HBC, si disponible	
Date	Résultat

Observations :

- ⇒ **Si le taux d'anticorps ≥ 100 UI/ L : sujet immunisé**
- ⇒ **Si résultat entre 10 et 100** : « une infection chronique VHB ancienne doit être éliminée par une recherche d'anticorps anti HBC. En l'absence d'infection ancienne la personne a fait preuve de sa protection. »
- ⇒ **Si résultat ≤ 10** : « pas de réponse mesurable à la vaccination antérieure. Un dosage d'anticorps anti HBC doit être fait avant un rappel (dans la limite de 6 injections au total). Suivi d'une recherche d'anticorps anti HBS, 1 à 2 mois plus tard. »

NB : il est indispensable d'avoir 1 rappel, nécessaire pour obtenir une immunité durable (même si un taux d'anticorps supérieur à 10 a été constaté après la seconde injection).

Immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non

Non répondeur(se) à la vaccination : oui non

ROUGEOLE

⇒ Antécédents de rougeole : OUI NON

⇒ Si non :

Vaccination	Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)
1 ^{ère} injection		
2 ^{ème} injection		

⇒ En cas de doute : sérologie

Date	Résultat

VARICELLE

⇒ Antécédents de Varicelle : OUI NON

⇒ Si non :

Vaccination	Nom du vaccin	Dates d'injection (JJ / M / AN)
1 ^{ère} injection		
2 ^{ème} injection		

⇒ En cas de doute : sérologie

Date	Résultat

Fait à....., le

Cachet :

Signature :