

FORMATION DIPLOME D'ETAT D'AIDE-SOIGNANT

## DOSSIER MÉDICAL

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

Institut Formation Aides-Soignants

IFAS de l'IFSO LAVAL

 : 02 43 69 59 05

Email : [ifaslaval@ifso-asso.org](mailto:ifaslaval@ifso-asso.org)

**SITE INTERNET :** [www.ifso-asso.org](http://www.ifso-asso.org) / centre Laval / Actualité « IFSO IFAS Laval - Formation Aide-Soignant(e) »

**MERCI DE LIRE ATTENTIVEMENT CE DOCUMENT DANS SON INTÉGRALITÉ**

## INFORMATIONS IMPORTANTES

La formation conduisant au diplôme d'état d'aide-soignant est réglementée par l'arrêté du 7 avril 2020 (modifié par arrêté du 09/06/2023), relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant aux diplômes d'état d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture.

**Article 8 ter** : L'admission définitive à la formation d'aide-soignant est subordonnée :

1. À la production, **AU PLUS TARD LE JOUR DE LA RENTRÉE**, d'un **certificat médical émanant d'un médecin agréé** attestant que le candidat n'est atteint **d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine**.
2. À la production, **AU PLUS TARD LE JOUR DE LA RENTRÉE**, d'un **certificat médical** attestant que l'élève remplit les **obligations d'immunisation et de vaccination prévues**.

**Préparer votre dossier de vaccinations dès maintenant, n'attendez pas l'admission pour prendre contact avec le médecin agréé ET votre médecin traitant 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.**

**ATTENTION** : si vous n'êtes pas à jour, certains protocoles de vaccination peuvent être assez long, ils durent plusieurs mois et nécessite de commencer cette vaccination **dès le retrait de votre dossier** de candidature.

## Schéma de vaccination classique – Hépatite B

3 injections en respectant un intervalle de :

- au moins 1 mois entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> injection
- au moins 6 mois entre la 2<sup>ème</sup> et la 3<sup>ème</sup> injection

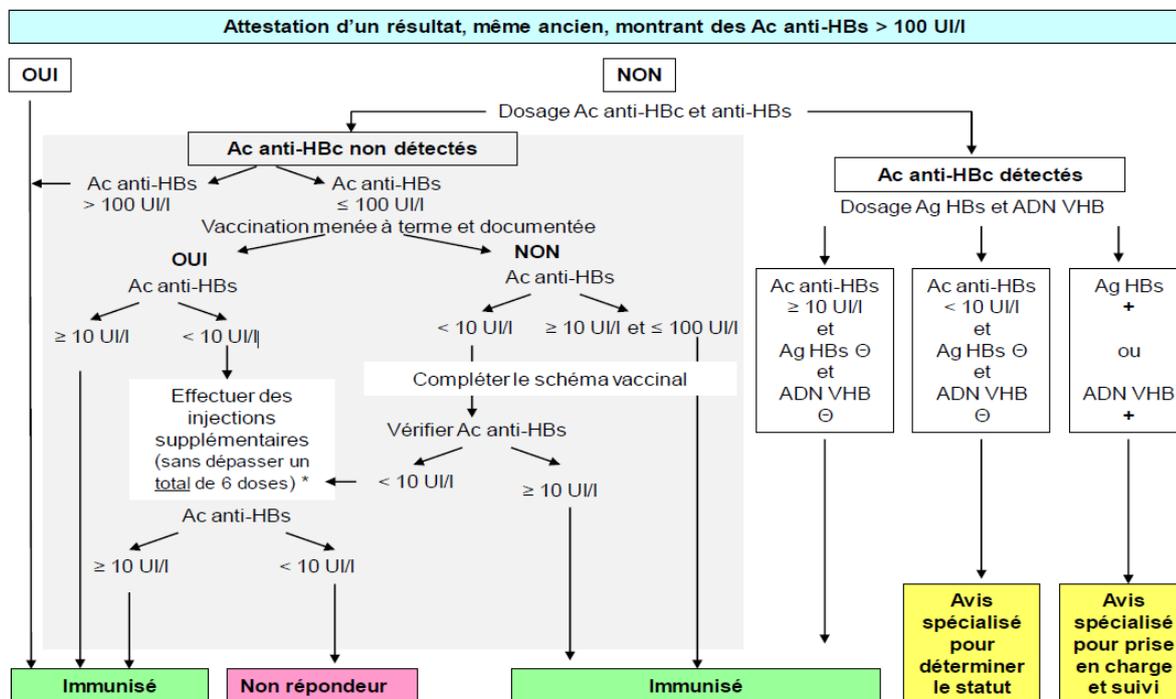
### Schéma de vaccination Hépatite B en accéléré

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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> injection du vaccin, puis contrôler à nouveau par une prise de sang votre immunisation (maximum 6 injections).

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



\* Sauf cas particulier voir 4<sup>°</sup> de l'annexe 2 de l'arrêté

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

## 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 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- 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 17 avril 2018 modifiant l'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. [www.vaccination-info-service.fr](http://www.vaccination-info-service.fr))

# ATTESTATION MEDICALE 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			

## HÉPATITE B

- ☞ L'Arrêté du 2 août 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 août 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

### VACCINATION :

		Nom du vaccin	Date d'injection	N° de lot
<b>Schéma vaccinal</b> <b>cocher ci-dessous</b> <input type="checkbox"/> Classique « 0 – 1 – 6 » <input type="checkbox"/> Accéléré <input type="checkbox"/> Ancien schéma	1 <sup>ère</sup> injection			
	2 <sup>ème</sup> injection			
	3 <sup>ème</sup> 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  $\geq 100$  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  $\leq 10$  : « 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.

Immuni(sé) contre l'hépatite B :  oui  non  
 Non répondeur(se) à la vaccination :  oui  non

Fait à ....., le .....  
 Tampon : ..... Signature : .....

# CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE A FAIRE COMPLETER PAR UN MEDECIN AGREE

DOCUMENT À FAIRE REMPLIR et à transmettre **au plus tard le jour de la rentrée**

Obligatoire pour le premier jour de formation  
(sous réserve de ne pas pouvoir intégrer l'IFAS)

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 AGRÉE** 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 aide-soignante** à laquelle il se destine.

Fait à ....., le .....

Tampon :

Signature :