



Centre Hospitalier de Montluçon - Nèris les Bains

**Service de Santé au Travail**

Centre Hospitalier - 18 Avenue du 8 Mai 1945 - BP 1148 - 03 100 MONTLUÇON

☎ 04 70 02 36 82

✉ sec.medtrav@ch-montlucon.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(À nous fournir complétée et signée par un médecin)

Toute vaccination incomplète interdit l'accès aux stages

Nom et Prénom : _____ Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____ N° de téléphone : _____

➤ **IDR (tubertest)** datant de moins de 2 ans obligatoire (circulaire n° DGS/SD5C/2004373 du 11/10/2004) :

Date : _____ Induration : _____ mm

(L'annotation « positif » ou « négatif » ne doit pas être retenue, ne pouvant pas servir de référence)

➤ **Vaccination D.T.C.Polio** selon recommandation du dernier calendrier vaccinal :

Nom du dernier vaccin : _____ Date : _____

➤ **Vaccination Hépatite B** en 3 injections minimum obligatoires :

	Date	Nom du vaccin	N° de lot
1 ^{re} injection			
2 ^e injection			
3 ^e injection			
4 ^e injection			
5 ^e injection			
6 ^e injection			

➤ **Dosage des anticorps anti-HBs obligatoire** selon dernier arrêté du 02/08/2013 qui remplace celui du 06/03/2007 pour les professionnels de santé visés à l'article L.3111-4 :

Date : _____ Résultats : _____

Merci de nous fournir les résultats du laboratoire

(En l'absence d'immunisation une dose de rappel peut être effectuée (maximum 6), un résultat

D'anticorps anti-HBs entre 10 et 100 mUI/ml nécessite la recherche d'un anticorps HBc et antigène HBs),

voir conditions d'immunisation selon le tableau joint au verso

➤ **2 doses de vaccin ROR** sont fortement recommandées :Date de la 1^{re} injection : _____ Date de la 2^e injection : _____➤ **Varicelle** : Si Oui (date) : _____ Non➤ **Radiographie pulmonaire** datant de moins d'un an

Fait à _____ le _____ Signature du médecin

Attestation médicale	Dosages complémentaires à faire	Immunisation	CAT
-----------------------------	--	---------------------	------------

Formulaire 1

Anticorps antiHBs	Vaccination	Anticorps antiHBc	Antigène HBs		
> 100	Vaccination complète ou pas de preuve de vaccination ou antécédent de vaccination incomplète	Inutile	Inutile	Immunisé	RAS
Entre 10 et 100	Vaccination complète	Négatif	Inutile	Immunisé	RAS
Entre 10 et 100	Pas de preuve de vaccination ou antécédent de vaccination incomplète	Négatif	Inutile	Non immunisé	Vaccinations à réaliser ou à compléter sans prévoir de redosage des antiHBs
Entre 10 et 100	Vaccination complète ou pas de preuve de vaccination ou antécédent de vaccination incomplète	Positif	Négatif	Immunisé	RAS
Entre 10 et 100	Vaccination complète ou pas de preuve de vaccination ou antécédent de vaccination incomplète	Positif	Positif	Infecté	Pas de vaccination Avis spécialisé
< 10	Vaccination complète	Négatif	Inutile	Non immunisé	Un rappel à faire et dosage des antiHBs 6 semaines après chaque injection supplémentaire (jusqu'à immunisation,
< 10	Pas de preuve de vaccination ou vaccination incomplète	Négatif	Inutile	Non immunisé	Vaccination à réaliser ou à compléter et dosage antiHBs 6 semaines après chaque injection supplémentaire (jusqu'à
< 10	Pas de preuve de vaccination ou vaccination incomplète	Positif	Négatif	Immunisé ou non ?	Avis spécialisé
< 10	Vaccination complète ou pas de preuve de vaccination ou vaccination incomplète	Positif	Positif	Infecté	Pas de vaccination Avis spécialisé



Service de Santé au Travail

Centre Hospitalier - 18 Avenue du 8 Mai 1945 - BP 1148 - 03 100 MONTLUÇON

☎ 04 70 02 36 82

Questionnaire confidentiel de santé auto-déclaré

Nom usuel Prénom
 Nom de naissance
 Date de naissance Age
 Téléphone E-mail
 Adresse postale

Mettre une croix si vous avez à répondre par oui

AVEZ-VOUS, OU AVEZ-VOUS EU :

Maladie cardiaque : HTA Autres ECG
 Maladie pulmonaire/ORL : Asthme Tuberculose Otite/sinusite Tabac
 Affection ophtalmologique : Troubles oculaires Corrections Autres
 Maladie appareil digestif : Rectocolite hémorragique Crohn Hernie Autres
 Maladie appareil urinaire : Infections urinaires répétées Coliques néphrétiques Autres
 Maladie appareil locomoteur : Affection colonne vertébrale Rhumatisme/tendinopathie
 Hernie discale Autres
 Maladie neurologique : Epilepsie EEG
 Endocrinologie : Diabète Troubles thyroïdiens Autres
 Allergies spécifiques : Médicamenteuse Latex Alimentaire
 Métaux Allergie saisonnière Autres
 Affection dermatologique : Eczéma Autres

AUTRES MALADIES

SUIVEZ-VOUS :

Un traitement médical Un traitement contraceptif
 Avez-vous un suivi spécialisé

AVEZ-VOUS ETE :

Accidenté Opéré (anesthésie générale)
 Hospitalisé

VOTRE ETAT VOUS REND-IL INTOLERANT:

Aux bruits
 Aux produits chimiques Aux odeurs
 Aux poussières
 Au travail de nuit
 Autres

AVEZ-VOUS DEJA TRAVAILLE :

En horaire alterné Sur un poste de nuit
 En contact avec de l'amiant Soumis aux rayons ionisants

Je prends note que le fait d'avoir une contre-indication aux vaccinations obligatoires rend impossible mon admission à l'IFSI. Je certifie sur l'honneur avoir consigné intégralement et exactement tous les renseignements concernant mon état de santé. Dans le cas contraire, je reconnaitrais avoir entravé la mission du médecin.

Date Signature

*Institut de Formation en Soins Infirmiers
Marcel Hay
Centre Hospitalier de Montluçon*

CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE ÉTABLI PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ

A produire le jour de la rentrée

Je soussigné(e) Docteur

Médecin généraliste agréé certifie que :

☐ Mme ☐ Mr

Né(e) le à

Ne présente aucune contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession

☐ infirmier(ère)

☐ aide-soignant(e)

Certificat établi le à

Signature et cachet