



## Service de Médecine du Travail

Centre Hospitalier - 18 Avenue du 8 Mai 1945 - BP 1148 - 03100 MONTLUÇON  
☎ 04 70 02 36 82    ✉ [sec.medtrav@ch-montlucon.fr](mailto:sec.medtrav@ch-montlucon.fr)

Madame,

Monsieur,

Suite à votre inscription à l'IFA de Montluçon en décembre 2024, nous vous demandons de nous faire parvenir, **le plus tôt possible (date limite le 15 novembre 2024)**, les documents suivants :

- par mail : [sec.medtrav@ch-montlucon.fr](mailto:sec.medtrav@ch-montlucon.fr)

**ou**

- par courrier postal : **Centre Hospitalier**  
**Service de Médecine du Travail**  
**18 avenue du 8 Mai 1945**  
**03100 MONTLUÇON**

- Fiche de renseignements médicaux complétée par un médecin (formulaire 1)
- 1 Photo d'identité (pour le dossier médical)
- Questionnaire de santé (formulaire 2)
- Certificat médical d'aptitude établi par un médecin agréé (formulaire 3)
- Carnet de santé : **numérisation des pages référentes aux vaccins et maladies infantiles**
- Résultats des examens obligatoires : radiographie pulmonaire, bilan sanguin : dosage des anticorps antiHBs



## Service de Médecine du Travail

Centre Hospitalier - 18 Avenue du 8 Mai 1945 - BP 1148 - 03100 MONTLUCON  
 ☎ 04 70 02 36 82    ✉ sec.medtrav@ch-montlucon.fr

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(À nous fournir complétée et signée par un médecin)

Toutes vaccinations incomplètes interdisent 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° D6S/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 obligatoire

	Date	Nom du vaccin	N° de lot
1 <sup>re</sup> injection			
2 <sup>e</sup> injection			
3 <sup>e</sup> injection			
4 <sup>e</sup> injection			
5 <sup>e</sup> injection			
6 <sup>e</sup> 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<sup>re</sup> injection : \_\_\_\_\_ date de la 2<sup>e</sup> 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
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, maxi 6 injections)
< 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 immunisation, maxi 6 injections)
< 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



**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 d'ambulancier.

Certificat établi le ..... à .....

Signature et cachet