

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS
du
Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix

Site de salon de Provence

DOSSIER MEDICAL

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix

Secrétariat : 04.90.44.93..70 - Fax : 04.90.44.93.76

Annexe I

CONDITIONS D'ADMISSION DANS LES IFAS

Article L.3111-4 (2016) du Code de la Santé Publique (CSP)

Textes de référence :

- Arrêtés du :
 - 6 Mars 2007 visant à protéger les professionnels de santé contre le virus de l'hépatite B.
 - 21 Avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux.
 - 2 Août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du Code de la santé publique modifié par la loi 2017-220 du 23 février 2017 - Article 4 - CSP.
- Circulaire du :
 - 16 Avril 2007 DGS/SD5C/2007/164 fixant les conditions d'immunisation, des élèves, étudiants et professionnels de la santé.
- Recommandations du Haut conseil de santé publique de Septembre 2008 :
 - Pour les étudiants des filières médicales ou paramédicales, il est recommandé de pratiquer le vaccin tétravalent (DTCoq Polio) à l'occasion d'un rappel décennal de DTP. Le délai par rapport au vaccin précédent peut être réduit de 10 ans à 2 ans.
- Article 8 ter de l'arrêté du 7 Avril 2020 relatif aux modalités d'admission aux formations conduisant au DEAS et DEAP stipule que :

« L'admission **définitive** en IFAS est subordonnée :

 - à la production, au plus tard le jour de la rentrée, d'un **certificat médical émanant d'un médecin agréé (*)** attestant que l'élève n'est atteint d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession à laquelle il se destine,
 - à la production, avant la date d'entrée au premier stage, d'un certificat médical attestant que l'élève remplit les obligations **d'immunisation et de vaccination** prévues le cas échéant par les dispositions du titre 1er du livre 1er de la troisième partie législative du code de la santé publique ».

Pour y parvenir, il est conseillé de s'y prendre le plus tôt possible.

- ✓ Liste des médecins agréés disponible sur le site de l'ARS de votre région
<https://www.paca.ars.sante.fr/listes-des-medecins-agrees-en-region-paca>
- ✓ Lieux de vaccination possibles. Se munir de sa carte vitale
 - DTP (Diphtérie, Tétanos, Polio) et HEPATITE B

Centre de vaccination municipal de Salon
Quartier des Canourgues – 123 rue de Bucarest
Tel : 04.90.45.06.30

Annexe I

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur....., certifie avoir examiné ce jour :

M., Mme, Melle¹

Né(e) le

Domicilié(e) à

.....

.....

et atteste :

qu'il (elle) est à jour des vaccinations obligatoires pour tout étudiant infirmier ou élève aide-soignant conformément à l'article L.3111-4 du Code de la Santé Publique modifié par la loi 2017-2020 du 23 février 2017, Article 4 (Hépatite B – Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite).

qu'il (elle) est immunisé(e) contre l'hépatite B

Fournir, dès la rentrée, une copie des résultats biologiques du taux d'anticorps Anti HbS

et qu'il (elle) ne présente pas de contre-indication au stage en secteur sanitaire et médico-social au regard de ses obligations vaccinales

A noter que :

- Les vaccinations contre la Rougeole, la Rubéole, la Tuberculose et la Coqueluche sont vivement recommandées.
- Le taux d'anticorps Anti HbS doit être \geq à 100 UI/l (Annexe I 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 modifié par la loi 2017-220 du 23 février 2017, Article 4, Code de la Santé Publique).

En verso : Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé.

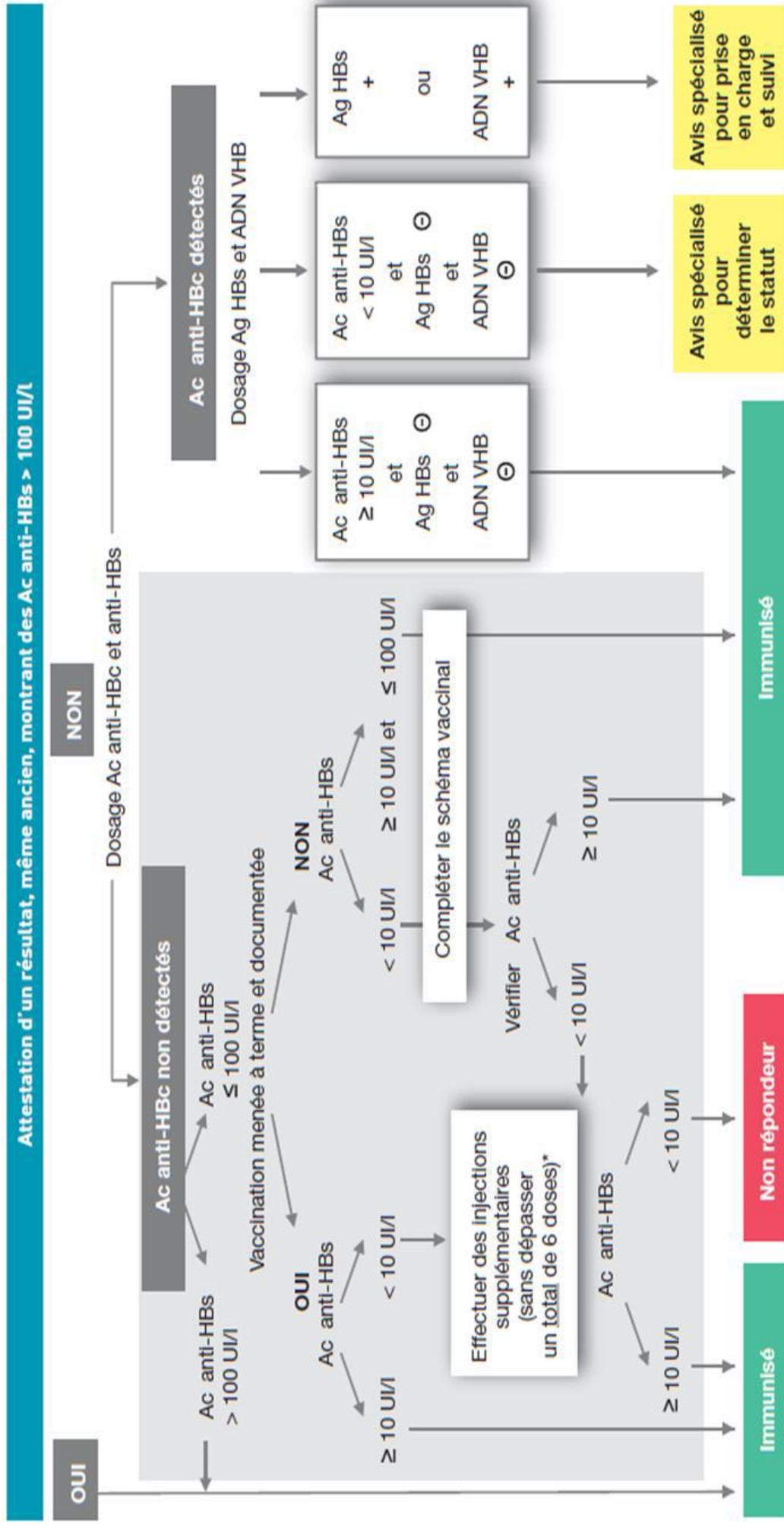
Fait à, le

CACHET DU MEDECIN,

SIGNATURE DU MEDECIN,

¹ Rayer les mentions inutiles.

3.8 Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

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

INSTITUT DE FORMATION D'AIDES-SOIGNANTS

Groupement de Coopération Sanitaire du Pays d'Aix

Secrétariat : 04.90.44.93.70 - Fax : 04.90.4493.76

Annexe I bis

CERTIFICAT MEDICAL

(Certificat établi par un **médecin agréé**)

Je soussigné(e), Dr , médecin agréé², certifie avoir examiné ce jour :

M., Mme, Melle ³

Né(e) le

Domicilié(e) à

.....

.....

et atteste qu'il (elle) n'est atteint(e) d'aucune affection d'ordre physique ou psychologique incompatible avec l'exercice de la profession d'aide-soignant(e).

Fait à , le

CACHET DU MEDECIN AGREE,

SIGNATURE DU MEDECIN AGREE,

² La liste des médecins agréés est disponible sur le site de l'A.R.S. de votre région.

³ Rayer les mentions inutiles.

Annexe I ter - Fiche à faire remplir par le Médecin

NOM de l'élève : Nom d'usage :

Prénoms : Date et lieu de naissance :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

DTPolio	Date de la 1 ^{ère} injection :	Lot n° :
	Date de la 2 ^{ème} injection :	Lot n° :
	Date de la 3 ^{ème} injection :	Lot n° :
	Date des rappels :	Lot n° :
Hépatite B <i>schéma vaccinal accéléré pour les personnes non vaccinées :</i> - <i>Engérix B 20</i> : J0 J7 J21 <i>Rappel à 1 an</i> - <i>Genhevac B</i> : J0 J10 J21 <i>Rappel à 1 an</i>	Date de la 1 ^{ère} injection :	Lot n° :
	Date de la 2 ^{ème} injection :	Lot n° :
	Date de la 3 ^{ème} injection :	Lot n° :
	Date du (des) rappel(s) :	Lot n° :
Sérologie complète hépatite B	Date :	Taux Ac anti HbS : Taux Ag anti HbS : Taux Ac anti HbC :

VACCINATIONS RECOMMANDEES – décret n°2019-149 du 27 février 2019

BCG	Date de vaccination :	Lot n° :
Rougeole	Date de la 1 ^{ère} injection :	Lot n° :
	Date de la 2 ^{ème} injection :	Lot n° :
Rubéole	Date de vaccination :	Lot n° :
Coqueluche	Date de la dernière vaccination :	Lot n° :
Varicelle	Date de la maladie :	

Si pas de vaccination ou une seule dose de faite : fournir une sérologie rougeole pour les hommes et une sérologie rougeole et rubéole pour les femmes (rubéole pour les moins de 45 ans).

Nom du Médecin :

Date : Cachet et signature du Médecin :