

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ Formation : I.F.S.I. / ____/ I.F.A.S.: / ____/

ELEMENTS PREUVES OBLIGATOIRES : FOURNIR LES PHOTOCOPIES
DES PAGES DES VACCINATIONS ET DES MALADIES INFANTILES DU CARNET DE SANTE
ET DES RESULTATS DU DOSAGE DES ANTICORPS ANTI-HBS ET ANTI-HBC

TUBERTEST

Date et résultat : induration en mm ____/____/____
(datant de moins d'1 an)
Pas de revaccination si Tubertest Négatif mm

D.T.POLIO

Date du dernier rappel : ____/____/____

HEPATITE B :

1^{ère} situation

Afin d'avoir une immunité obligatoire avant le 1^{er} Stage, vous devez :
- être à jour de vos vaccins contre l'Hépatite B (minimum 3 doses)
- **et avoir réalisé un dosage Ag Hbs et Anticorps anti-HBS et anti-HBC :**

Date de la sérologie : ____/____/____ Résultat _____

Date des injections :

MO : ____/____/____ M1 ____/____/____ M6 ____/____/____

Rappels éventuels : ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____

Si Ag-HBS et Anticorps anti-HBS et anti-HBC négatifs, refaire une dose du vaccin de l'Hépatite B suivie d'un nouveau dosage Ag Hbs et Anticorps anti-HBS et anti-HBC :

Si vous n'êtes pas à jour de vos vaccins de l'Hépatite B, deux schémas vaccinaux s'offrent à vous :

Schéma normal sur 6 mois :

1^{ère} dose MO ____/____/____ 2^{ème} dose M1 ____/____/____ 3^{ème} dose M6 ____/____/____

ou

Schéma accéléré : JO ____/____/____ J7 ____/____/____

J21 ____/____/____ M12 ____/____/____

IMMUNITE OBLIGATOIRE : AVANT LE 1^{ER} DEPART EN STAGE

3 : Réalisation du dosage Anticorps anti-HBS :

à effectuer 1 mois après le M2 et M6 ou J 21

Date : ____/____/____ Résultat : ____

2^{ème} situation

ABSENCE DE VACCINATION

-	VACCINATIONS RECOMMANDEES PHOTOCOPIES DES RESULTATS DES SEROLOGIES VARICELLE ET ROUGEOLE	
COQUELUCHE	A l'occasion d'un rappel _____/_____/_____	
VARICELLE	Antécédents : OUI ☐ NON ☐	Si NON : Résultat de la sérologie _____ Date du vaccin : _____/_____/_____
ROUGEOLE+OREILLONS+RUBEOLE Obligation d'immunisation pour les professionnels de santé ainsi que les étudiants (texte réglementaire sortira au cours de l'été 2026)	Antécédents de Rougeole, Oreillons ou Rubéole (joindre photocopie du carnet de santé ou certificat) : OUI ☐ NON ☐	Vaccins ROR 2 injections OUI ☐ Dates des vaccins _____/_____/_____ NON ☐ Date de la Sérologie/...../..... Résultat : _____
AUTRES VACCINATIONS	B.C.G./ Cicatrice vaccinale	Oui /____/ Non /____/ Date du vaccin _____/_____/_____ _____/_____/_____
AUTRES VACCINATIONS	COVID 19	Date de : 1^{ère} injection : _____/_____/_____ 2^{ème} injection : _____/_____/_____ 3^{ème} injection : _____/_____/_____
AUTRES VACCINATIONS	Papillomavirus	Date des vaccins : _____/_____/_____ _____/_____/_____
AUTRES VACCINATIONS	Fièvre Jaune	Date du vaccin : _____/_____/_____
AUTRES VACCINATIONS	Vaccination grippe saisonnière	Date du vaccin : _____/_____/_____
<u>Cachet et signature du Médecin Traitant</u> <u>« obligatoire » :</u>		<u>Avis du Médecin du Travail</u> ☐ Dossier complet ☐ Dossier incomplet



Prémontré, le.....

Madame, Monsieur,

Vous venez d'être reçu(e) à la sélection d'entrée à la formation d'Infirmier(ère) ou d'Aide-Soignant(e) et nous vous en félicitons.

Vous allez être formé(e) pour travailler auprès de personnes malades et fragiles.

Afin de vous protéger, de les protéger et d'être en règle avec la réglementation (Calendrier vaccinal 2026), votre entrée à l'Institut est subordonnée aux renseignements consignés sur le PASSEPORT MEDICAL situé au verso de cette feuille.

Il doit être rempli par le Médecin Traitant :

DÈS MAINTENANT PRENEZ RENDEZ-VOUS :

Avec votre MEDECIN TRAITANT afin de lui faire compléter votre PASSEPORT MEDICAL et de mettre à jour vos vaccinations obligatoires (DTP, ROR, Hépatite B et C avec Serologie, 1 Intra dermo réaction).

Il est **IMPERATIF** que vous soyez **à jour des vaccinations :**

HEPATITE B / Diphtérie / Tétanos / Poliomyélite/ R.O.R.pour votre admission à l'I.F.S.I. ou I.F.A.S.

et AU PLUS TARD AVANT LE 1^{er} JOUR DE VOTRE ENTREE EN STAGE

ATTENTION

La vaccination **Hépatite B** nécessite plusieurs injections : **2 injections à 1 mois d'intervalle avec un rappel à 6 mois, ainsi qu'une prise de sang pour un dosage d'anticorps anti-HBS et anti-HBC, 1 mois après le rappel.**

VOTRE DEPART EN STAGE SERA POSSIBLE UNIQUEMENT SI VOUS AVEZ :
UN TAUX D'ANTICORPS ANTI-HBS > 10

(ou la preuve de 6 injections contre l'Hépatite B si anticorps < 10)

IMPORTANT :

le passeport médical doit être renvoyé par mail au service de santé au travail à l'adresse suivante : caroline.carre@epsmd-aisne.fr

M DUVAL JérémY
Directeur par intérim de l'I.F.S.I. / I.F.A.S

Mme CARRE Caroline
Infirmière de Santé au Travail