

DOSSIER MÉDICAL

A remettre complet le jour de la pré-rentrée

Nom :----- Prénom :-----

Date d'entrée à l'institut de formation : -----

* Attention vous devez impérativement conserver une copie de ce dossier médical afin de produire ce document s'il vous est demandé sur vos lieux de stage.



Consignes aux étudiants en santé à diffuser avant le 1er stage hospitalier

Avant de débiter les stages hospitaliers, et dans l'objectif de préserver leur santé, les étudiants en santé doivent obligatoirement être vaccinés contre l'hépatite B, la Diphtérie, le tétanos, la polio et plus récemment la Covid-19.

Vous trouverez ci-joint une attestation vaccinale que vous pourrez faire compléter par le médecin de votre choix. J'attire votre attention sur la nécessité de présenter à cette consultation **vosre carnet de santé ou de vaccination et une sérologie complète de l'hépatite B.**

En cas de vaccination incomplète ou autre difficulté, vous pouvez également prendre rendez-vous avec une infirmière ou un médecin du Service de Santé Etudiante de l'Université Paris Cité, via doctolib ([SSE Service de Santé Etudiante \(Campus Université de Paris, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, Université de la Sorbonne-Nouvelle Paris 3\), Établissement de prévention à Paris](#)) en choisissant « vaccination » comme motif de consultation. Sur l'espace partagé de Doctolib, avant de valider votre rendez-vous, vous devrez déposer une copie de votre carnet de vaccination et votre attestation d'inscription dans votre école. Vous pourrez également télécharger une ordonnance de sérologie hépatite B à faire avant le rendez-vous.

Je vous rappelle l'obligation de fournir une attestation d'immunisation obligatoire avant le départ en stage.

Le SSE dispose de 4 sites. Pour plus d'informations : [Service de Santé Etudiante | Université Paris Cité \(u-paris.fr\)](#)

<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/listes-de-medecins-agrees-en-ile-de-france>



ATTESTATION DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION*

(Arrêté du 2 août 2013)

A remplir par l'étudiant :

Nom marital :

Nom de naissance :

Prénoms :

Né(e) le :

Etudes suivies : Infirmier

Aide-soignant

Auxiliaire de puériculture

ADMISSION EN STAGE MEDICAL OU PARAMEDICAL

Vaccinations obligatoires :

Type de vaccins	Nom des vaccins utilisés	Nb total de doses reçues	Type de protocole hépatite B (2+1, 3+1...)	Date de la dernière dose
Diphthérie-Tétanos-Polio-Coqueluche				
Hépatite B				

Certificat médical :

Je, soussigné(e)....., certifie que (prénom, nom) :

1) a réalisé une sérologie Hépatite B le/...../20..... et est considéré(e) comme :

⁽¹⁾immunisé(e) contre l'hépatite B Oui

⁽¹⁾non répondeur(euse) à la vaccination Oui (sérologie négative après 6 doses)

⁽¹⁾Rayer la mention non conforme

2) que ses vaccinations obligatoires sont à jour :

pour l'année universitaire Oui Non

Rappel(s) à faire pendant le cursus Oui Non Date :

Fait à, le

Signature du médecin + tampon

Tout étudiant / élève ne répondant pas à ces obligations vaccinales ne pourra pas être admis en stage.

Il convient de procéder dans les plus brefs délais aux vaccinations obligatoires et / ou à une sérologie hépatite B avant l'entrée en formation.

Les étudiants dont la formation est universitarisée pourront être orientés vers le Service de Santé Universitaire le cas échéant.



INSTRUCTIONS POUR L'ATTESTATION DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION FILIERES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

DIPHTÉRIE TÉTANOS POLIO (DTP)

La réglementation exige une vaccination à jour du calendrier vaccinal.

Depuis le calendrier vaccinal 2013, les rappels sont à 11-13 ans, puis 25 ans, 45 ans, 65 ans. A minima lorsque l'ensemble des antécédents vaccinaux ne sont pas connus, 3 doses documentées sont demandées dont 1 dTcaP.

Rattrapage :

En cas de statut vaccinal inconnu ou lorsque 3 doses ne sont pas documentées, faire une dose de rattrapage (dTcaP), puis 4 à 8 semaines plus tard, faire un dosage des Ac antitétaniques. La poursuite du rattrapage est fonction du résultat :

- ≥ 1 UI/ml : pas de dose supplémentaire
- entre 0,1 à 1 UI/ml : refaire une dose 6 mois plus tard, puis reprise du calendrier vaccinal
- $< 0,1$ UI/ml : refaire une dose à 2 mois et à 8-12 mois après la 1^{ère} dose de rattrapage, puis reprise du calendrier vaccinal

HÉPATITE B

La réglementation exige la présence, dans le sérum, d'anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 10 UI/L. En l'absence de résultats antérieurs, une sérologie, comportant **le dosage des Ac anti HBs ET des Ac anti HBc doit être faite** (PS : Les résultats ne seront pas notés sur l'attestation (**secret médical**)).

Si le protocole de vaccination n'est pas complet, il devra être complété (**chaque dose compte, même ancienne**) et la sérologie de contrôle sera faite **au minimum 1 mois après** la primovaccination ou le rappel.

DÉMARCHE EN FONCTION DE LA SÉROLOGIE

SÉROLOGIE	Protocole de vaccination	OBSERVATIONS	ORIENTER VERS SSU	ADMISSION EN STAGE
Résultats : Si Ac anti HBc négatif et				
Ac anti HBs > 100 UI/L immunisé(e)	Complet ou inconnu	Pas de rappel		oui
	incomplet	A compléter suivant le protocole		oui
Ac anti HBs ≥ 10 UI/L et ≤ 100 UI/L immunisé(e)	incomplet	A compléter suivant le protocole		oui
	inconnu	Faire un rappel		oui
Ac anti HBs < 10 UI/L non immunisé(e)	complet et conforme	Faire un rappel puis dosage des Ac anti HBs à 1 à 2 mois		oui
	incomplet	Faire un rappel conforme au protocole puis dosage des Ac anti HBs à 1 à 2 mois	oui	Selon avis SSE
	inconnu	Faire un rappel puis, si 1 mois après : Ac anti HBs > 100 UI/L : plus de rappel ≥ 10 UI/L et ≤ 100 UI/L : 2 ^e rappel à 6 mois < 10 UI/L : débiter le protocole 2+1	oui	Selon avis SSE
	jamais vacciné	Débiter le protocole 2+1	oui après 2 ^e dose	
Résultats : si Ac anti HBc positif, compléter par un dosage Ag HBs et ADN VHB, et				
Ag HBs négatif Ac anti HBs ≥ 10 UI/L immunisé(e)				Oui
Ag HBs négatif Ac anti HBs < 10 UI/L		2e contrôle des Ac anti HBc (faux positif ?)	oui	Selon avis SSE
Ag HBs positif +/- ADN VHB hépatite chronique		Orienter vers avis spécialisé	oui	Selon avis SSE



VACCINATIONS RECOMMANDEES (HAS)

COVID 19

Les étudiants en santé doivent satisfaire aux mêmes obligations ou recommandations vaccinales que les soignants.

COQUELUCHE

Pour les étudiants jamais vaccinés contre la coqueluche ou n'ayant pas reçu de vaccin coquelucheux à l'âge adulte, faire un rappel dTcaP. En cas de coqueluche documentée, faire ce rappel si la maladie contractée date de plus de 10 ans.

ROUGEOLE-RUBEOLE -VARICELLE

Les étudiants doivent avoir reçu 2 doses de vaccin trivalent ROR. Les étudiants sans antécédent de varicelle **et dont la sérologie est négative** doivent être vaccinés.

GRIPPE

La vaccination annuelle contre la grippe est fortement recommandée pour tous les personnels soignants.

Pour en savoir plus : [calendrier_vaccinal_090721.pdf \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_090721.pdf)

SCHEMA VACCINAL ACCÉLÉRÉ HÉPATITE B

Pour certains cas particuliers¹ où l'obtention très rapide d'une protection vaccinale est souhaitable (personnes détenues, personnes en situation de départ imminent en zone d'endémie moyenne ou forte, et à titre exceptionnel les étudiants des écoles médicales et paramédicales lorsqu'ils doivent être protégés rapidement, ...) un schéma accéléré peut être proposé. Il comporte l'administration en primovaccination de 3 doses en 21 jours (J0, J7, J21, ou J0, J10, J21 selon l'autorisation de mise sur le marché AMM) des 2 vaccins concernés², suivi d'un rappel 12 mois après, indispensable pour assurer une protection au long cours. Si un contrôle d'anticorps post immunisation est jugé nécessaire du fait d'un risque élevé d'exposition, celui-ci devra être effectué 1 mois après l'administration de la dose de rappel à 12 mois.

1 – Avis du 20 février 2014 relatif aux schémas vaccinaux accélérés contre l'hépatite B pour les vaccins *Engerix B*® Genhevac B® : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=409>

2 – pour le vaccin *Engerix B*® : schéma J0, J7, J21 et M12 : pour le vaccin Genhevac B® : schéma J0, J10, J21 et M12.



**CERTIFICAT MÉDICAL A ÉTABLIR PAR UN MÉDECIN AGRÉÉ POUR L'ADMISSION EN
INSTITUT DE FORMATION PARAMÉDICALE**

Je soussigné(e), Docteur

Médecin agréé par la préfecture du département :

Exerçant à :

Certifie que M. / Mme

Né(e) le

Demeurant à

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

.....

A la date du2026.

Signature et cachet du médecin agréé par l'ARS