



**CERTIFICAT MEDICAL**

Ce certificat est à faire **REmplir et Signer IMPERATIVEMENT** par un Médecin  
**agréé par la Délégation Territoriale de l'A.R.S. (Agence Régionale de la Santé)**

*liste des médecins agréés de Poitou-Charentes :*

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/medecins-agrees-11>

*Si vous habitez un autre département vous pouvez vous adresser à l'ARS de votre région  
pour avoir la liste des médecins agréés de celle-ci.*

Je soussigné(e) Docteur (nom - prénom) : .....

agréé(e) sur le Département de : .....

certifie que :

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

→ **présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice  
de la profession d'infirmier(ère)**

Fait le ..... à .....

**Signature et Cachet du médecin**

## - Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

**Filière universitaire :** ..... **NOM :** ..... **NOM de jeune fille :** .....  
 Médecine **Prénom :** ..... **Date de naissance :** .. / .. / ....  
 Odontologie **Tél. :** ..... **Email :** .....  
 Pharmacie **ou Institut de formation :** ..... **Département de naissance :** ..... **Code postal lieu de résidence :** .....  
 Sage-femme **Année d'admission :** ..... **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :** .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. **Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et validé par un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).**

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un médecin : code de partage   
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

### Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / .... Nom : ..... Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Hépatite B\*

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quel que soit l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
  - 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)
- Joindre les résultats\*\*

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- => Date : .. / .. / .... Nom : .....

**Attention !! Stratégie vaccinale en période de pénurie : se référer à l'avis du Haut Conseil de la Santé Publique du 14/02/2017 (cf. algorithme décisionnel - page 19). En savoir plus sur la pénurie de vaccins : [www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr](http://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr)**

### Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire  
 Joindre le résultat\*\*

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Méningocoque C

Une seule injection recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / .... Nom : .....

### Tuberculose\*

En période de pénurie : pas de vaccination (cf. avis du HCSP du 18/04/2016 et 10/03/2017)

#### BCG

=> Date : .. / .. / ....

#### Test tuberculinique (IDR)

Une valeur de référence post-vaccinale est indispensable

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le : \_\_\_\_\_ Signature et cachet du praticien :

\* Obligatoire

\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.