

CONDITIONS MEDICALES

L'admission définitive en institut de formation en soins infirmiers est subordonnée :

- A la production d'un certificat médical **émanant d'un médecin agréé**, attestant que le candidat présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession.

- A la production d'un certificat de vaccinations **obligatoires pour l'exercice de la profession et donc durant la formation.**

Si le candidat est mineur, la signature d'un des parents est obligatoire ainsi qu'une autorisation d'intervention médicale en cas d'urgence.

Ainsi que les documents et justificatifs demandés par la médecine du travail.

Médecine du travail

Dr LECARDONNEL DELON

Téléphone : 05 55 92 66 53

Email : med-travail@ch-brive.fr

Dans le cadre de votre admission à l'institut de formation en soins infirmiers, vous êtes prié (e)s de fournir les documents suivants :

- La **fiche médicale** ci jointe, remplie par un médecin.
- **La preuve de votre immunité** contre la rubéole (pour les femmes) et les oreillons (pour les hommes). Si l'immunité est négative, la vaccination est recommandée mais pas obligatoire.
- Une photocopie du **carnet de santé** (vaccinations).
- **La preuve de votre immunité contre l'hépatite B**
 - ✓ Dosage quantitatif des Anticorps Anti-Hbs
 - ✓ Recherche de l'AgHbs(Arrêté du 06.03.2007)
- **Une radiographie pulmonaire et un test tuberculinique** datant de moins de trois mois. (un seul BCG est obligatoire)
- **Une photo d'identité** (nom et prénom au dos)

Ce dossier médical complet est à remettre au secrétariat de l'IFSI lors de la pré-rentrée

Le Médecin du Travail
Dr BERGES

Médecine du Travail
Dr BERGES
 téléphone : 05 55 92 66 53
 Email : med-travail@ch-brive

NOM :
Prénom :
né(e) le :

VACCINS OBLIGATOIRES

B.C.G. <i>(1 seul BCG obligatoire décret du 30 juin 2004)</i>	Mode de vaccination	Date
---	----------------------------	-------------

TEST TUBERCULINIQUE Par voie intra-dermique (datant de moins de 3 mois) et <u>mesuré en mm</u>	Date	Résultat
--	-------------	-----------------

DIPHTHERIE TETANOS POLIO	1^{ère} injection 2^{ème} injection 3^{ème} injection	Rappels
---	--	----------------

HEPATITE B	1^{ère} injection 2^{ème} injection 3^{ème} injection	Rappels Taux Ac HBS
-------------------	--	--

VACCINATIONS RECOMMANDEES

R.O.R. COQUELUCHE : REPEVAX OU BOOSTRIX	
--	--

MALADIES INFANTILES :

Varicelle : oui non
Rougeole : oui non
Coqueluche : oui non

Oreillons : oui non
Rubéole : oui non

Fait le :

Cachet et signature