



INSTITUT DE FORMATION DE MANIPULATEURS EN ELECTORADIOLOGIE MEDICALE

5 avenue Esquirol – 69424 LYON Cedex 03

Tél. 04.72.11.67.00 ou 04.72.11.67.48

Mail : if.mem@chu-lyon.fr

Dossier Médical

HCLHOSPICES CIVILS
DE LYON

POLE DE SANTE PUBLIQUE

Médecine et Santé au Travail

GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE
SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL5, Place d'Arsonval
Bâtiment 13
69437 Lyon Cedex 03Candidat(e) à la
formation – MEM
Promotion 2023/2026

Madame, Monsieur,

L'admission définitive dans un institut de formation des Hospices Civils de Lyon est subordonnée à la production, d'une attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires concernant les maladies transmissibles suivantes : Diphtérie, tétanos, poliomyélite, Hépatite B

VACCINATION ANTI-HEPATITE B

Dans le cadre de vos stages cliniques puis de votre exercice professionnel, vous serez exposé(e) à des produits biologiques à risques infectieux, dont celui de l'Hépatite B est considéré comme majeur. Il s'agit d'une maladie grave, contre laquelle on dispose d'un vaccin efficace et sûr. Depuis 1991, cette vaccination est légalement obligatoire, pour tout soignant. Le ministère de la santé a rappelé le 24 janvier 2014 qu'une contre-indication à cette vaccination correspond de fait à une inaptitude à ce type de profession.

Les élèves et étudiants, conformément à la législation (arrêté du 02/08/2013), doivent justifier d'être immunisé(e) contre l'hépatite B dont les preuves sont :

- Soit un taux d'anticorps anti-HBS > 100 UI/L
- Soit la preuve d'avoir reçu 3 injections de vaccin anti HVB ET un taux d'anticorps anti HBS > 10 UI/l ET l'antigène HBS indétectable sur le même prélèvement (quarante jours après la dernière injection)

Pour les personnes non vaccinées, il est recommandé de débiter la vaccination le plus tôt possible : plusieurs protocoles de vaccination existent, mais celui qui assure une immunité la plus fiable nécessite six mois.

VACCINATION DTP

Les rappels sont effectués à âges fixes (25 ans, 45 ans et, en fonction de la poursuite des activités professionnelles, 65 ans).

Ces vaccinations sont obligatoires pour les professionnels de santé.

Nota : Pour les professionnels de santé, il est recommandé que les rappels administrés aux âges de 25, 45, 65 ans comportent systématiquement la valence coqueluche.

En outre, les vaccinations suivantes ne sont pas obligatoires mais elles sont fortement recommandées :

- ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) :

- pour les personnes nées avant 1980 : 1 dose de vaccin trivalent
- pour les personnes nées depuis 1980 : 2 doses de vaccin trivalent

N.B. Si une vaccination est en cours, veuillez le préciser sur l'attestation de vaccinations, et transmettre par la suite, au Service de Médecine et Santé au Travail (adresse ci-dessous), toute vaccination complémentaire (ou résultat d'anticorps), pour mise à jour de votre dossier dans les plus brefs délais.

VOUS TROUVEREZ, PAGE SUIVANTE, LE DOCUMENT A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN, ET A ENVOYER AVANT

LE 7 AOUT 2023 A :

**GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE
SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
5, PLACE D'ARSONVAL
BATIMENT 13
69437 LYON CEDEX 03**

HCLHOSPICES CIVILS
DE LYON

POLE DE SANTE PUBLIQUE

Médecine et Santé au Travail

GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE
SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
5, Place d'Arsonval
Bâtiment 13
69437 Lyon Cedex 03Candidat(e) à la
formation – MEM
Promotion 2023/2026**ATTESTATION MEDICALE DE VACCINATIONS ET D'IMMUNISATION***A faire remplir par un médecin + joindre obligatoirement la photocopie : des pages du carnet de vaccination ; du résultat de la sérologie (dosage des anticorps anti-HBs)*

NOM : _____ PRENOM : _____ Né(e) le : ____/____/____

Email : _____ Tél. : _____

NOM DU VACCIN OU DU TEST	DATES
<p>Vaccin Diphtérie - Tétanos - Polio (obligatoire) - Coqueluche</p> <p>Nombre total de doses depuis la naissance (DTP ou DTCP) : _____</p> <p>Nom commercial du dernier vaccin _____ et Date ____/____/____</p>	
<p>Vaccin Hépatite B (obligatoire)</p> <p>Nom commercial _____ 1^{ère} dose ____/____/____</p> <p>_____ 2^{ème} dose ____/____/____</p> <p>_____ 3^{ème} dose ____/____/____</p> <p>Nombre de doses supplémentaires : _____ et Dates ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____</p> <p>Dosage des anticorps anti-HBs (obligatoire) Date ____/____/____ <i>même ancien et attention si taux <100, nécessité de dosage Ag HBs simultané à préciser</i></p> <p>Résultat _____ UI/L</p>	
<p>Vaccin Rougeole - Oreillons - Rubéole</p> <p>Nombre de doses _____ et Dates ____/____/____</p> <p>A défaut date de la rougeole-maladie ____/____/____</p>	

Date _____

Cachet du médecin

Signature