



**La Région**  
Auvergne-Rhône-Alpes


**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

 <p><b>POLE DE SANTE PUBLIQUE</b> <b>Médecine et Santé au Travail</b></p>	<p><b>GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE</b> <b>SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL</b> 5, Place d'Arsonval <b>Bâtiment 13</b> 69437 Lyon Cedex 03</p>	<p><b>CANDIDAT(E) A LA</b> <b>FORMATION IDE-</b> <b>PROMOTION</b> <b>2024/2027</b></p>
--	---	--

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 26/07/2024 A :**

PAR COURRIER	OU	PAR MAIL
<p><b>GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE</b> <b>SERVICE DE MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL</b> <b>5, PLACE D'ARSONVAL</b> <b>BATIMENT 13</b> <b>69437 LYON CEDEX 03</b></p>		<p><a href="mailto:sa.smst@chu-lyon.fr">sa.smst@chu-lyon.fr</a></p>



POLE DE SANTE PUBLIQUE  
Médecine et Santé au Travail

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

Candidat(e) à la  
**Formation IDE -  
Promotion  
2024/2027**

**A remplir par l'élève/étudiant(e) :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Date \_\_\_\_\_  
Signature

Cachet du médecin