

RENTREE 2022

DOSSIER MÉDICAL

NOM :

Prénom :

Pour rappel, l'admission définitive dans notre Institut est subordonnée :

- à la production, d'un certificat médical établi par un médecin agréé attestant que vous ne présentez pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession ; la liste des médecins agréés de la Nouvelle Aquitaine est à consulter avec le lien suivant :

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

- à la production d'un certificat de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur.

Pièces obligatoires à remplir et fournir

- Fiche médicale ARS 2022 renseigné par un médecin
Partie haute à renseigner par l'étudiant
- Certificat médical d'aptitude établi par un médecin agréé
- Copie des vaccinations du carnet de santé et des sérologies

Pensez à en
conserver un
exemplaire de
votre dossier
médical

Étudiant en situation de handicap souhaitant un aménagement des études

OUI NON

Si oui : Fiche d'évaluation des besoins à remplir

Si vous êtes en situation de handicap et avez besoin d'information, vous pouvez contacter le référent handicap de site : valerie.fanen@chu-bordeaux.fr (05 57 82 05 24)

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

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

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 et validé par un professionnel de santé. 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 professionnel de santé : 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*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**
 Rappel des conditions d'immunisation :
 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :
 - soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
 - soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
 - soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an
 - Première dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
 => Date : .. / .. / Nom :
 => Date : .. / .. / Nom :

Covid-19*

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / Première dose => Date : .. / .. / Deuxième dose => Date : .. / .. / Rappel => Date : .. / .. /

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :
 Antécédent de rougeole => Date : .. / .. /
 Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable
 Personnes nées depuis 1980 :
 vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :
 - 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

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

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous



BCG
 => Date : .. / .. /

Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation
 (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.

 ims Institut des Métiers de la Santé CHU BORDEAUX	ETUDIANT/ELEVE EN SITUATION DE HANDICAP AMENAGEMENT DES ETUDES	 CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX
PROCEDE ENTREE EN FORMATION	EVALUATION DES BESOINS	CREATION 21/05/2021 MAJ LE : 19/05/2022 PAGE 1 SUR 3

ECOLE OU INSTITUT :

Nom- Prénom : _____

Adresse : _____

Portable : _____

E-mail : _____

1- Vous êtes bénéficiaire d'une RQTH (Reconnaissance en qualité de travailleur handicapé), vous avez la possibilité de la faire connaître auprès du Référent handicap de l'IMS:

christine.pillien@chu-bordeaux. Cette reconnaissance peut vous permettre d'avoir des aménagements de votre formation.

2- Vous avez- déjà bénéficié d'aménagements dans le cadre de votre cursus de formation, et/ou pour la passation des examens ou toute épreuve d'évaluation

Lycée et collègue :

- Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS) et Gevasco
- Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP)
- Projet d'Accueil Individualisé(PAI)

Université :

- Plan d'Accompagnement de l'Etudiant en situation de Handicap en université ou en école d'enseignement supérieur (PAEH)

Les documents en votre possession sont à fournir sous enveloppe cachetée :




Ces aménagements comprenaient-ils :

- Du temps majoré

Oui Non

- Des aides humaines

Oui Non Si oui, lesquelles :

 <p>ims Institut des Métiers de la Santé CHU BORDEAUX</p>	<p align="center">ETUDIANT/ELEVE EN SITUATION DE HANDICAP AMENAGEMENT DES ETUDES</p>	 
<p align="center">PROCEDE ENTREE EN FORMATION</p>	<p align="center">EVALUATION DES BESOINS</p>	<p align="center">CREATION 21/05/2021 MAJ LE : 19/05/2022 PAGE 2 SUR 3</p>

- Des aides techniques (matériel, mise en accessibilité des supports...)

Oui Non Si oui, Lesquelles :

- Un aménagement du parcours (étalement d'une année sur plusieurs années de scolarité, régime spécial d'étude (RSE))

Oui Non

- Des dispenses de suivi d'enseignement

Oui Non

- Des dispenses d'épreuve

Oui Non

3- A ce jour quelles sont vos contraintes pour suivre la formation. Précisez-le (s)quelles ?

- Scolarité
- Examens /épreuves
- Stage

4 – Actuellement, dans la vie quotidienne, avez-vous des besoins :




- D'aides humaines pour les gestes de la vie quotidienne ?

Oui Non

- D'accompagnement par un service médico-social ou pour un suivi pour des soins?

Oui Non

Si oui, ces soins nécessitent-ils un aménagement de votre emploi du temps ?

 ims Institut des Métiers de la Santé CHU BORDEAUX	ETUDIANT/ELEVE EN SITUATION DE HANDICAP AMENAGEMENT DES ETUDES	 CHU BDX  CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE BORDEAUX
PROCEDE ENTREE EN FORMATION	EVALUATION DES BESOINS	CREATION 21/05/2021 MAJ LE : 19/05/2022 PAGE 3 SUR 3

Oui Non

• Spécifiques pour la restauration ?

Oui Non

• Spécifiques pour le transport ?

Oui Non

• Spécifiques pour le logement ?

Oui Non

Si oui, avez-vous demandé un logement au Crous ?

Oui Non