

DTS IMRT
INFORMATIONS ET CONSIGNES RELATIVES AUX
VACCINATIONS ET DELIVRANCE DU CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

APTITUDES, CONTRE INDICATIONS, BILAN SANGUIN et VACCINATIONS

Le médecin traitant renseigne les aptitudes et les contre-indications sur le certificat médical.

Il vérifie les résultats du bilan sanguin récent réalisé.

L'article L.3111-4 du code de santé publique rend obligatoires les vaccinations contre la Diphtérie, le Tétanos, la Poliomyélite, et l'Hépatite B pour les étudiants s'inscrivant dans un établissement préparant à l'exercice des professions de santé, dont la profession de Manipulateur d'électroradiologie médicale.

BCG

Les articles L.3112-1, R.3112-1, R.3112-2 et R.3112-4 du code de santé publique précisent les conditions d'obligation de vaccination par le vaccin antituberculeux BCG. Depuis le Décret du 1er mars 2019, le BCG n'est plus exigé lors de la formation ou de l'embauche depuis le 1er avril 2019.

Le résultat d'un test tuberculique récent est demandé.

HEPATITE B

En référence au Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire du 24 juillet 2007 / n° 31-32 concernant le calendrier vaccinal 2007 : « il est impossible de déroger à l'obligation vaccinale contre l'hépatite B » pour les étudiants Manipulateurs d'électroradiologie médicale. « Par ailleurs, **une contre-indication à la vaccination contre l'hépatite B correspond de fait à une inaptitude à une orientation vers des professions médicales ou paramédicales...** »

L'arrêté du 2 août 2013 - Article 2 indique que **les futurs étudiants, au moment de leur inscription dans un établissement d'enseignement et, au plus tard, avant de commencer leurs stages dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, apportent la preuve qu'ils satisfont aux obligations d'immunisation. A défaut, ils ne peuvent effectuer leurs stages.**

Le protocole de vaccination contre l'hépatite B consiste en 2 injections à 1 mois d'intervalle avec un rappel 5 mois après la 2^{ème} injection (PAS DE SCHEMA ACCELERE)

VACCINATION CONTRE L'HEPATITE B

Pour être positionné en stage à compter d'octobre de l'année scolaire, conformément à la réglementation, tout étudiant doit pouvoir justifier au médecin du centre de santé des étudiants lors de la visite médicale d'être immunisé contre l'hépatite B :

- soit par un taux d'anticorps anti HBS supérieur à 100 UI/mL,*
- soit par la preuve de 2 injections vaccinales terminées au minimum 1 mois avant le départ en stage.*

COVID

Tous les étudiants entrants en formation paramédicale doivent se conformer aux exigences réglementaires relatives à la pandémie COVID et à leurs évolutions (pass sanitaire valide obtenu par un schéma vaccinal adapté ou équivalent).

SUIVI MEDICAL AU CPSU DE LILLE

Chaque étudiant bénéficie au cours de la formation d'un suivi médical au centre de santé des étudiants de la faculté catholique de Lille. A ce titre et afin de permettre la mise en stage en secteur sanitaire ou hospitalier, une visite médicale organisée et financée par la section est planifiée pour chaque étudiant lors des 5 premières semaines de formation.

L'étudiant fournira au médecin agréé qui débutera son suivi initial avant le départ en stage, tous les éléments médicaux nécessaires à la délivrance du certificat médical d'aptitude :

- Certificat du médecin traitant (cf document annexe)
- Les documents médicaux annexes relatifs à sa santé (allergie, diabète, autres)
- Résultats des bilans sanguins réalisés (numération globulaire, formule sanguine et dosages d'anticorps)
- Son carnet ou les certificats médicaux de vaccinations

Il vous est donc recommandé de vous rapprocher le plus rapidement possible de votre médecin traitant pour vérifier l'ensemble de vos vaccinations, effectuer les examens complémentaires nécessaires, obtenir les doses vaccinales et débuter la vaccination contre l'hépatite au plus vite si ce n'est pas fait.

Attention, les étudiants inscrits ayant encore des investigations médicales à réaliser devront, s'ils sont inaptes, réaliser le stage d'octobre en fin d'année scolaire en juillet (pendant les vacances scolaires d'été).

AMENAGEMENTS POUR RAISON MEDICALE

Si vous êtes en situation de handicap et que vous avez besoin d'un aménagement (1/3 temps, ordinateur, autre) pour les cours, les examens ou les stages, il faut le préciser lors de la visite médicale et amener les justificatifs nécessaires afin d'établir un certificat avec les recommandations souhaitées qui seront transmises à la section.

CE DOCUMENT EST A FAIRE REMPLIR PAR VOTRE
MEDECIN TRAITANT MAIS IL N'EST PAS A RETOURNER AU
LYCEE POUR L'INSCRIPTION ADMINISTRATIVE

Il est à ramener pour le jour de la rentrée

LES DEMARCHES MEDICALES COMPLEMENTAIRES
FAITES APRES LA RENTREE SERONT VALIDEES PAR UN
CERTIFICAT MEDICAL ANNEXE

Chaque candidat admis en DTS IMRT, devra fournir le certificat médical d'aptitude à la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale, dûment rempli par le médecin traitant conformément à l'article L.10 du code de la santé publique.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), Docteur _____

certifie que M _____

né(e) le _____ à _____

- Présente les **aptitudes physiques et psychologiques** nécessaires à l'exercice de la profession de **Manipulateur d'électroradiologie médicale**,

- Ne présente pas de **contre-indication à l'utilisation d'appareils d'imagerie par résonance magnétique** (Porteurs de pacemaker, de certaines valves cardiaques, de clips vasculaires neurochirurgicaux, de corps étrangers intra oculaires, etc...)

- Son **état oculaire** est compatible avec l'exercice de cette même profession,

- Sa **numération globulaire et sa formule sanguine** sont normales,

- Est immunisé(e) contre l'**Hépatite B**

Nom du vaccin :
Date de la 1 ^{ère} injection :
Date de la 2 ^{ème} injection :
Date de la 3 ^{ème} injection :
Autres :

Résultats dosage anticorps anti HBs (4 à 6 semaines après la dernière injection)
Date de Sérologie :
Taux :

- A été vacciné(e) et/ou a été testé(e) positif **COVID**

VACCINATION(S)	CONTAMINATION(S)
Date et méthode 1 ^{ère} vaccination :	Date et type du test :
Date et méthode 2 ^{ème} vaccination :	Date et type du test :
Date et méthode 3 ^{ème} vaccination éventuelle :	Date et type du test :

A suivi un schéma vaccinal contre la **Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite**

Date de la 1 ^{ère} injection :
Date de la 2 ^{ème} injection :
Date de la 3 ^{ème} injection :
Rappel 1 an :
Autres rappels tous les 5 ans :

A été vacciné(e) contre la tuberculose par le **BCG**

Date et méthode 1 ^{ère} vaccination :
Date et méthode 2 ^{ème} vaccination :
Date et méthode 3 ^{ème} vaccination éventuelle :

A subi **un test tuberculique dénommé tubertest (datant de moins de 5 mois au jour de la rentrée scolaire) à 5 unités de tuberculine**

Numéro de lot : Date de la lecture : / /

Résultat en mm d'induration :

NOMBRE DE CASES COCHEES :

DATE :

**SIGNATURE ET CACHET
DU MEDECIN**