



## FICHE SANITAIRE IFSI 2022

A faire remplir par le médecin traitant ou lors de la visite médicale

NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Code de la santé publique : Articles R.3112-1, R.3112-2 et L.3111-4 et Arrêté du 2 août 2013 – bulletin officiel, Décret du 1er mars 2019 (BCG ne sera plus exigé lors de la formation ou de l'embauche dès le 1er avril 2019).)

TYPES DE VACCINATIONS	NOM VACCIN	DATES	CACHET SIGNATURE
<b>BCG</b> si vaccination antérieure <b>ou</b> cicatrice vaccinale ( <b>non obligatoire</b> )	1 <sup>ère</sup> vaccination : .....	: .....	
	2 <sup>ème</sup> vaccination : .....	: .....	
<b>TUBERTEST (obligatoire)</b> (de moins de 6 mois au jour de la rentrée)	date : .....		
	<b>Lecture (en mm obligatoire)</b>	mm	
<b>DIPHTERIE - TETANOS - POLIO COQUELUCHE</b> (obligatoire)	1 <sup>ère</sup> injection : .....	: .....	
	2 <sup>ème</sup> injection : .....	: .....	
	3 <sup>ème</sup> injection : .....	: .....	
	rappel à 1 an : .....	: .....	
	rappel à 6 ans : .....	: .....	
	rappel à 11-13 ans : .....	: .....	
	rappel à 25 ans : .....	: .....	
	rappel à 45 ans : .....	: .....	
<b>HEPATITE VIRALE B</b> (3 injections obligatoires) <b>M0 – M1 – M6</b>  <b>PAS de schéma accéléré.</b>	1 <sup>ère</sup> injection : .....	: .....	
	2 <sup>ème</sup> injection : .....	: .....	
	3 <sup>ème</sup> injection : .....	: .....	
<b>Sérologie OBLIGATOIRE : Ac anti HBs</b> <b>Ac anti HBc et Ag HBs</b> 1 à 2 mois après la 3 <sup>ème</sup> injection	date : .....		
	<b>Ac anti HBs</b>	<b>Ac anti HBc</b>	
<b>ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE</b> (2 doses si naissance après 1980 sinon au moins 1 injection) (recommandé)	1 <sup>ère</sup> injection : .....	: .....	
	2 <sup>ème</sup> injection : .....	: .....	
<b>MENINGITE C (recommandé)</b>	vaccin		
<b>VARICELLE (recommandé)</b>	date maladie ou vaccin		
<b>COVID</b> (Selon législation en vigueur)	date maladie		
	1 <sup>ère</sup> injection : .....	: .....	
	2 <sup>ème</sup> injection : .....	: .....	
	3 <sup>ème</sup> injection : .....	: .....	

### CADRE RESERVÉ AU CPSU

Je, soussignée, Docteur **médecin agréé(e)**, atteste que l'étudiant(e) susnommé(e) ne présente pas de contre-indication physique ou psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier.

Date signature et cachet