



## ADMISSION DES ÉTUDIANTS ET DES ÉLÈVES DANS LES FORMATIONS PARAMÉDICALES AUX HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

Madame, Monsieur,

Vous devez fournir lors de votre entrée dans l'institut de formation dont vous dépendez :

- Le dossier médical (ci-joint)**
  - **complété et signé par votre médecin traitant**
  - **uniquement si vous êtes admis définitivement en formation**
  - **à faire parvenir au service de santé au travail** par mail de préférence
  
- Le certificat du médecin agréé est à remettre au service administratif de l'école

Le **dossier médical**, rempli par votre médecin traitant, doit **obligatoirement** être complété et signé et nous être envoyé (uniquement la dernière page de ce document) :

- ⇒ dès la rentrée scolaire
- ⇒ par mail (en 1 seul document et en format PDF\*) à l'adresse **SSTEcoles@chru-strasbourg.fr**
- ⇒ en mettant dans l'objet du mail la formation que vous intégrez (Kiné, infirmière, etc.)

Pour plus de lisibilité, vous pouvez également joindre au dossier médical une copie de vos certificats de vaccination et sérologie de l'hépatite B.

**Les vaccinations doivent être menées à leur terme avant les stages cliniques pour satisfaire aux obligations vaccinales des professionnels de santé.**

En cas d'impossibilité d'envoi par mail, envoyer le dossier par courrier interne, sous pli confidentiel à « Service de santé au travail – UF 2701 – Hôpital Civil » déposé à l'institut de formation dont vous dépendez.

*Le service de santé au travail*

-----

### Pour plus d'information :

- Liste des médecins agréés par l'Agence Régionale de Santé (pour l'Alsace)  
<https://www.grand-est.ars.sante.fr/annuaires-des-professionnels-et-etablissements> dans  
« médecins agréés »

### \*Comment créer un fichier pdf à l'aide de votre smartphone

- Télécharger une application « scanner » sur votre téléphone (exemples d'applications gratuites : ClearScan pour android, iScanner pour iphone)
- Lancer l'application
- Prendre des photos dans de bonnes conditions de luminosité
- Enregistrer le ou les fichiers en pdf
- Envoyer votre document pdf par mail

Service de Santé au Travail du Personnel Hospitalier  
Hôpital St-François – 21 rue David Richard – 67000 Strasbourg  
SSTEcoles@chru-strasbourg.fr – 03 88 11 60 90

## Courrier à remettre à votre médecin traitant accompagné du dossier médical à remplir

Cher confrère,

Afin de permettre aux étudiants des filières paramédicales d'effectuer leur formation et leur stage **ils doivent impérativement répondre aux obligations vaccinales des professionnels de santé** (Article L.3111-4 du Code de la Santé publique). Lors de son inscription définitive dans une école de la fonction publique hospitalière, l'étudiant doit fournir au service de santé au travail des HUS un dossier complet :

- **Les vaccinations obligatoires :**
  - **DTP (diphtérie-tétanos-poliomyélite) ou DTCoqPolio selon le calendrier vaccinal en vigueur :** les dates des **2 derniers vaccins réalisés**
    - réalisé entre 11 et 13 ans
    - à l'âge de 25 ans et de 45 ans
  - **Hépatite B – schéma complet : dates de toutes les vaccinations**
    - Schéma **classique** M0, M1, M6
    - Schéma **rapide** J0, J7 (si Engerix) ou J10 (si Genhevac), J21, M12
  - **Dosage des anticorps anti-HBs** réalisé après la vaccination, obligatoire pour le départ en stage
    - si le taux d'anti-HBs est entre 10 et 100 UI/l, compléter d'un taux d'anticorps-HBc
    - si la recherche d'anticorps HBc est positive, compléter par une recherche des antigènes HBs et de l'ADN Viral de l'hépatite B
- **Un test tuberculique :** datant de moins d'1 an à la date de la rentrée (sauf contre-indication médicale notifiée), avec un **résultat lu à 3 jours et noté en millimètres d'induration**
- **Une radiographie du thorax :** interprétation d'une radiographie du thorax datant de moins d'un an à la date de la rentrée (sauf contre-indication)

### **Certains vaccins sont fortement recommandés mais non obligatoires :**

- ⇒ Vaccin Coqueluche (lors d'un rappel DTP)
- ⇒ Vaccins ROR
- ⇒ Hépatite A pour les filières puéricultrices et auxiliaires de puériculture
- ⇒ En l'absence d'antécédent de varicelle, une sérologie varicelle

**Merci de veiller à la mise à jour des vaccinations et remettre le dossier médical ci-joint à l'étudiant complété et signé par vos soins.**

Pour toute question relative à ce dossier vous pouvez nous contacter au service de Santé au Travail du Personnel Hospitalier des HUS - par mail : [SSTecoles@chru-strasbourg.fr](mailto:SSTecoles@chru-strasbourg.fr)

Le médecin du travail

### **Pour plus d'information :**

Sur le site : <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/calendrier-vaccinal>

Cochez impérativement l'école concernée :  INFIRMIERE  AP  AS  IFMK  IADE  PUER  IFCS  IFA

NOM de jeune fille : ..... Nom marital : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... adresse postale ou adresse e-mail : .....

## Diphtérie, tétanos, polio (DTP ou DTCoqPolio) - *Obligatoire*

Type de vaccin (DTP, DTCP, etc.)	Date du dernier vaccin	Date de l'avant dernier vaccin
.....	.....	.....

## Hépatite B - *Obligatoire*

Un schéma vaccinal complet (au moins 3 injections) est obligatoire à l'entrée en formation. Notez les dates des injections

Nom du vaccin	Date 1er	Date 2 <sup>ème</sup>	Date 3 <sup>ème</sup>	Date 4 <sup>ème</sup>	Date 5 <sup>ème</sup>
.....	.....	.....	.....	.....	.....

**Sérologies obligatoires** : dosage des anticorps anti-HBs ET dosage des anticorps HBc si les anticorps anti-HBs sont inférieurs à 100 UI/l – Si bilan plus complet, merci de joindre les résultats du laboratoire.

Date : ...../...../..... Dosage des anticorps anti HBs ..... UI/l

Date : ...../...../..... Dosage des anticorps HBc si AcHBs <100  Positifs  Négatifs

## Test tuberculinique - *Obligatoire*

Test tuberculinique : Date : ...../...../..... Résultat : ..... mm d'induration

Résultat datant de moins de 1 an avant l'entrée en formation (sauf contre-indication motivée)

## Radiographie du thorax - *Obligatoire*

Interprétation d'une radio du thorax de moins d'un an à la date d'entrée en formation

Date : ...../...../..... Résultat : .....

## Vaccinations recommandées (ROR, Hépatite A)

Date : ...../...../..... Type de vaccin : ..... | Date : ...../...../..... Type de vaccin : .....

Date : ...../...../..... Type de vaccin : ..... | Date : ...../...../..... Type de vaccin : .....

Maladies infantiles	Antécédent de la maladie	OU	Sérologie positive
Varicelle	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....
Rougeole	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....
Rubéole	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....
Oreillons	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Résultat : .....

Fait le : ..... / ..... / .....

Nom du médecin : .....

Cachet et signature