

DOSSIER MEDICAL

**A RETOURNER IMPERATIVEMENT 1 MOIS AVANT LE DEBUT DE LA
SESSION
AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION**

À

FONDATION LEONIE CHAPTAL
SECRETARIAT FORMATION CONTINUE
19 RUE JEAN LURÇAT – LE HAUT DU ROY – 95200 SARCELLES

OU PAR MAIL A

Laure LUZAYADIO l.luzayadio@fondation-chaptal.fr
TELEPHONE : 01 39 90 58 45

Certificat de vaccinations ci-joint à faire compléter par le médecin du travail ou votre médecin traitant.



INFORMATIONS CONCERNANT LES VACCINATIONS

LEGISLATION

Article L3111-4 du CSP modifié par l'ordonnance N° 2010-49 du 13 janvier 2010- Art 6 (V)

« Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination **Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice des professions médicales et des autres professions de santé** dont la liste est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé, qui est soumis à l'obligation d'effectuer une part de ses études dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention ou de soins, doit être immunisé contre les maladies mentionnées à l'alinéa premier du présent article.¹ »

« Sont exemptées de l'obligation de vaccination les personnes qui justifient, par la présentation d'un certificat médical, d'une contre-indication à une ou plusieurs vaccinations. Le médecin du travail apprécie le caractère temporaire ou non de la contre-indication et détermine s'il y a lieu de proposer un changement d'affectation pour les personnes concernées. »

Les vaccinations obligatoires

❖ Pour le DTP

La fiche vaccinale doit préciser la dénomination, les N° lot, dose et date des injections ou du dernier rappel **est prévu 25 ans, 45 ans et 65 ans**

❖ Pour l'hépatite B (arrêté du 2 août 2013)

○ Vous êtes considérés protégés contre l'hépatite B si

- Vous avez une attestation médicale prouvant que la vaccination contre l'hépatite B a été menée à son terme et d'un résultat, même ancien, indiquant que des anticorps anti-HBs étaient présents à une concentration supérieure à 100 UI/l.

Ou

- Vous avez une attestation médicale prouvant que la vaccination contre l'hépatite B a été menée à son terme et de résultats prouvant que, si des anticorps anti-HBs sont présents à une concentration comprise entre 10 UI/l et 100 UI/l, et que les anticorps antiHBC sont simultanément indétectable par des méthodes de sensibilité actuellement acceptées.

○ la concentration des anticorps anti-HBs dans le sérum est inférieure à 10 UI/l et les anticorps HBc sont indétectables

Lorsque l'antigène HBc n'est pas détectable dans le sérum, la vaccination doit être faite, ou reprise, jusqu'à détection d'anticorps anti-HBs dans le sérum, sans dépasser 6 injections (soit 3 doses additionnelles à la primo vaccination).

○ la concentration des anticorps anti-HBs dans le sérum est inférieure à 10 UI/l et les anticorps HBc sont détectables

Il est nécessaire de faire pratiquer une recherche d'antigène HBS et une détermination de la charge virale de l'Hépatite B

- Si antigène et charge virale non détectables : nécessité d'avis médical pour déterminer si immunisation acquise
- Si antigène et charge virale détectables : nécessité d'avis médical pour déterminer aptitude

○ la concentration des anticorps anti-HBs dans le sérum est comprise entre 10 UI/l et 100 UI/L

Il est nécessaire de faire pratiquer une recherche d'antigène HBS et une détermination de la charge virale de l'Hépatite B

Si antigène et charge virale non détectables : la personne est considérée comme définitivement immunisée

¹ Article L3111-4 du CSP modifié par Ordonnance n°2010-49 du 13 janvier 2010 - art. 6 (V)



| VACCINS | PROTOCOLE | Dates | AVIS MEDICAL CONCERNANT VACCINATION HEPATITE B |
|---|---|---|--|
| HEPATITE B Obligatoire | NOMBRE INJECTIONS 2 INJECTIONS <input type="checkbox"/> 3 INJECTIONS <input type="checkbox"/> | 1 ^{ère} INJECTION | IMMUNISATION DÉFINITIVE <input type="checkbox"/> VACCINATION A RÉALISER OU COMPLÉTER <input type="checkbox"/> COMMENTAIRES : |
| | | 2 ^{ÈME} INJECTION | |
| | | 3 ^{ÈME} INJECTION | |
| | | RAPPEL : | |
| PRESENCE D'ANTICORPS ANTI HBS | | TAUX A PRECISER | |
| | | | |
| PRESENCE D'ANTICORPS ANTI HBc | | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> SI oui PRÉSENCE D'ANTIGÈNE <input type="checkbox"/> CHARGE VIRALE DÉTECTABLE <input type="checkbox"/> AVIS DU MÉDECIN SPÉCIALISTE DEMANDE <input type="checkbox"/> | |
| | | | |

Fait à Le Signature du médecin et Cachet