



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



Saint-Denis, le 04 juin 2021

## Note d'information

La date limite des inscriptions administratives est fixée au 24 juin 2021 à 11:30

Passé ce délai, le candidat admis sur la liste principale n'ayant pas effectué son inscription administrative sera enregistré comme s'étant désisté. Un courrier lui sera adressé à cet effet.

L'IFA fera alors appel au candidat inscrit sur la liste complémentaire en rang utile.

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté et ne permettra pas l'inscription et l'entrée en formation

**Attention** : L'IFA ne fera aucune relance auprès des candidats

Madame Sabrina HUBERT-PAYET  
Directeur de l'Institut de Formation des Ambulanciers  
Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion  
INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS  
UF 0393  
Hôpital Félix Guyon - CS 11021 - 97400 SAINT-DENIS

« Ce projet est cofinancé par l'Union Européenne.  
L'Europe s'engage à la Réunion avec le Fonds Social Européen »

« Ce projet est cofinancé par l'Union Européenne.  
L'Europe s'engage à la Réunion avec le Fonds Social Européen »

INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



INSCRIPTION A L'INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS

Si vous refusez votre affectation, veuillez nous le faire savoir en nous retournant le coupon réponse joint à votre courrier

FORMALITÉS D'INSCRIPTION

Les candidats classés sur liste principale ont un délai de **10 jours**, suivant l'affichage des résultats, pour confirmer leur inscription à l'Institut, à l'aide du coupon réponse annexé au relevé individuel des notes, passé ce délai, le candidat est réputé avoir renoncé au bénéfice des épreuves de sélection.

*L'admission définitive est subordonnée à la production de différents documents.*

**PIÈCES A FOURNIR AU SECRÉTARIAT DE L'IFA**

*Les jours d'inscription :*

***Mercredi 23 juin 2021 - Uniquement le matin de 08h30 à 11h30***  
*et*

***Jeudi 24 juin 2021 - Uniquement le matin de 08h30 à 11h30***

- Fiche d'inscription dûment remplie, datée et signée (ci-jointe)
- Fiche - Informations administratives obligatoires dûment remplie, datée et signée (ci-jointe)
- 1 Attestation d'engagement pour les professionnels dûment remplie, datée et signée (ci-jointe)
- 1 Attestation (Statut à l'entrée en formation) dûment remplie, datée et signée – (ci-jointe)
- 1 attestation du pôle emploi actualisée avec numéro d'identification (seulement si vous êtes concerné).
- Copie de l'attestation de droits de la sécurité sociale en cours de validité
- 2 Photos d'identité
- Copie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance
- Présentation de l'**original** du permis de conduire
- 1 extrait de casier judiciaire n°3 de moins de trois mois - faire la demande sur le site : <https://www.cjn.justice.gouv.fr/cjn/b3/eje20c>
- 1 attestation d'assurance de responsabilité civile individuelle pour l'année 2021 (obligatoire) (un avenant peut être demandé auprès de votre compagnie d'assurance qui gère votre contrat multirisque habitation - responsabilité civile)
- 1 Photocopie de la Carte d'Identité (recto/verso) ou du Passeport en cours de validité
- Présentation du **Diplôme original** pour les candidats dispensés de l'épreuve écrite
- 1 copie et l'original de l'Attestation aux Gestes et Soins d'Urgence Niv.2 (pour les candidats titulaires de l'AFGSU2)
- Prévoir une carte bancaire pour effectuer le paiement des droits d'inscription d'un montant de 82€ (*règlement **UNIQUEMENT** par carte bancaire le jour de l'inscription*)
- Copie contrat d'apprentissage (*cerfa n°10103\*05*) signé par l'employeur et l'apprenti **pour les candidats admis - cursus apprentissage**

---

## **PIECES COMPLEMENTAIRES**

*(En complément de la liste des pièces à fournir)*

### **CONCERNE UNIQUEMENT LES CANDIDATS**

- *En complément de formation*
- *Admis à l'IFA après avis du conseil technique*

- **EN COMPLEMENTS DE FORMATION** (Module(s) restant(s) à valider pour les candidats issus d'un autre Institut)
  - Copie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (valide)
  - Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivrée par un médecin agréé (ci-joint) - (extrait de la liste des médecins agréés consultable sur le site <https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4>)
  - Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (ci-joint)
  
- **ADMIS APRES AVIS DU CONSEIL TECHNIQUE** (Candidat dispensés du concours d'entrée : Aides-soignants, Auxiliaire de vie sociale, etc ...)
  - Diplôme original ayant donné droit à une dispense aux épreuves de sélection
  - Copie de l'attestation préfectorale d'aptitude à la conduite d'ambulance (valide)
  - Certificat médical de non contre-indication à la profession d'ambulancier délivrée par un médecin agréé (ci-joint) - (extrait de la liste des médecins agréés consultable sur le site <https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4>)
  - Certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France (ci-joint)



**INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS**



**Fiche d'inscription**

Formation préparant au Diplôme d'Etat d'Ambulancier

Rentrée :  Février  Août

Année scolaire : 2021

ÉTAT CIVIL											
<b>NOM PATRONYMIQUE :</b> ..... <b>NOM D'USAGE :</b> ..... <b>PRÉNOM :</b> ..... <b>Nationalité :</b> ..... <b>N° de Sécurité Sociale :</b> / / / / / / / / / /	<b>Date de naissance :</b> / . . . / . . . / . . . <b>Lieu de naissance :</b> ..... <b>Département de naissance :</b> ..... <b>N° du département de naissance :</b> ..... <b>Âge :</b> .....ans <b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin										
COORDONNÉES											
<b>Adresse :</b> ..... <b>Code Postal :</b> 974..... <b>Ville :</b> .....	<b>Tél.Perso. Fixe :</b> 0262 / / / / / / / / <b>Tél.Perso.Port. :</b> / / / / / / / / / / <b>E-mail :</b> .....										
SITUATION DE FAMILLE											
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Autre Préciser											
<b>Nombre d'enfant(s) :</b> <input type="checkbox"/> <b>Age(s) des enfants :</b> .....											
PERSONNE (S) A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT											
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Personne 1</th> <th style="width: 50%;">Personne 2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>NOM PATRONYMIQUE :</b> .....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><b>NOM D'USAGE :</b> .....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><b>PRÉNOM :</b> .....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><b>TELEPHONE :</b> .....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>	Personne 1	Personne 2	<b>NOM PATRONYMIQUE :</b> .....	.....	<b>NOM D'USAGE :</b> .....	.....	<b>PRÉNOM :</b> .....	.....	<b>TELEPHONE :</b> .....	.....
Personne 1	Personne 2										
<b>NOM PATRONYMIQUE :</b> .....	.....										
<b>NOM D'USAGE :</b> .....	.....										
<b>PRÉNOM :</b> .....	.....										
<b>TELEPHONE :</b> .....	.....										
VEHICULE											
<input type="checkbox"/> VOUS ETES VIHICULE Type de véhicule <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Motocyclette >ou = à 50cm <sup>3</sup> Modèle du véhicule : ..... Immatriculation : .....	<input type="checkbox"/> VOUS N'ETES PAS VEHICULE										
SITUATION PROFESSIONNELLE / SOCIALE											
<b>Situation avant l'entrée en formation :</b> <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> En activité Profession : ..... Nom de l'entreprise : ..... Nom de l'employeur : .....											
<b>Statut en formation :</b> <input type="checkbox"/> Sans activité <input type="checkbox"/> En activité <b>Si vous êtes en activité</b> Profession : ..... Nom de l'entreprise : ..... Nom de l'employeur : ..... Tél. de l'entreprise : / . . . / . . . / . . . / . . . Adresse de l'entreprise : ..... Code Postal : 974..... Ville : .....											

SITUATION SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE	
Dernière année scolarisé : .....	Diplôme obtenu : ..... Année du Diplôme obtenu : .....
PRISE EN CHARGE DE LA FORMATION	
<input type="checkbox"/> Financement Employeur <input type="checkbox"/> Financement Organisme de formation <input type="checkbox"/> Financement Personnel <input type="checkbox"/> Financement Région et FSE <input type="checkbox"/> Chambre des métiers	

Je soussigné(e) Mr, Mme, ..... atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus pour mon inscription administrative à l'IFA. Je m'engage à répondre à toutes statistiques demandées par l'IFA, y compris après la formation. J'autorise l'institut à fournir tous renseignements nécessaires aux organismes financeurs.

Fait à ....., le .....Signature de l'élève

IFA - secrétariat - tel : 0262 71 75 30 - fax : 0262 30 71 25 - email : secretariatnord@ies-reunion.fr - CHU de la Réunion Site Félix Guyon Allée des topazes-CS11021-97400 Saint Denis



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



PRÉSENTATION DEVANT LE JURY RÉGIONAL  
DÉLIBÉRATION DIPLÔME D'ÉTAT

IFSI  IFMK  IFAS  IFA  IFAP  IRIADE  IRIBODE

**INFORMATIONS ADMINISTRATIVES OBLIGATOIRES**

NOM :

(de Jeune Fille suivi du nom d'épouse)

PRÉNOMS :

(ordre de l'État Civil)

Date de Naissance :

Ville de naissance :

N° du département de naissance :

Adresse précise :

N° de téléphone (fixe/mobile) :

Courriel :

Autorisation de publication de mes résultats sur le site internet de la  
DJSCS :(rayer la mention inutile)

OUI

NON

Fait à

le

Signature

Ce document doit être joint à la photocopie de la pièce d'identité



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



Promotion : Août 2021

## Attestation d'engagement

*Si vous êtes en activité et bénéficiez d'une prise en charge\**

Je soussigné(e) ; Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_

Gérant(e) de l'ambulance : \_\_\_\_\_

M'engage à régler les frais pédagogiques à l'Institut de Formation des Ambulanciers s'élevant à 5 670 € (tarif professionnel) auprès du Trésor Public du CHU hôpital Félix Guyon pour l'élève : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ ,  
le \_\_\_\_\_

Nom prénom et signature de l'élève .....signature et cachet de l'Entreprise  
Bon pour accord

\*Un devis pour les frais de formation vous sera remis sur demande.



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



Promotion : Août 2021

**Attestation d'engagement**

*Si vous êtes en activité et que vous financez personnellement votre formation\**

Je soussigné(e) ; Madame, Monsieur, \_\_\_\_\_ salarié  
dans la société/entreprise \_\_\_\_\_

M'engage à régler personnellement les frais pédagogiques à l'Institut de Formation des Ambulanciers  
s'élevant à 3 100 € auprès du Trésor Public du CHU hôpital Félix Guyon

Fait à \_\_\_\_\_ ,  
le \_\_\_\_\_

Nom prénom et signature de l'élève .....signature et cachet de l'Entreprise  
Bon pour accord

\*Un devis pour les frais de formation vous sera remis sur demande.



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



**ATTESTATION**  
(Statut à l'entrée en formation)

Je soussigné(e), Mme, Mr ..... élève en formation à l'IFA du Centre Hospitalier de La Réunion site Félix Guyon du **02 août 2021** au **10 décembre 2021**, confirme mon statut actuel.

- Sans activité : *Ma formation est prise en charge par la région et le Fonds Social Européen* \*<sup>1</sup>
- En activité : *Ma formation est prise en charge par un organisme de formation (citez)* \*<sup>2</sup> .....
- En activité : *Ma formation est prise en charge par l'entreprise de transport sanitaire (citez).* .....
- En activité : *Ma formation n'est pas prise en charge « Je m'engage à financer ma formation à hauteur de 3100€. »*
- En formation d'alternance : *Ma formation est prise en charge par la chambre des métiers*

Selon votre statut vous devez :

\*<sup>1</sup> Remettre une notification du pôle emploi justifiant votre situation à l'entrée en formation avec date d'inscription au pôle emploi et indemnité perçue le cas échéant.

\*<sup>2</sup> Effectuer les démarches de prise en charge auprès de l'organisme financeur.

Document établi pour servir et valoir ce que de droit,

Fait le ..../..../.... à .....

Nom – Prénom et signature



# **PIECES COMPLEMENTAIRES**

*(En complément de la liste des pièces à fournir)*

## **CONCERNE UNIQUEMENT LES CANDIDATS**

- *En complément de formation*
- *Admis à l'IFA après avis du conseil technique*



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



FORMATION PREPARANT AU DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER

Session Août 2021

**CERTIFICAT MÉDICAL**

(À compléter par le médecin agréé)

Je soussigné(e) :----- Docteur en médecine, médecin agréé(e) par l'Agence Régionale de santé (ARS) de :----- certifie avoir examiné ce jour :

Mr – Mme – Melle (Nom Prénom) :-----

Né(e) le : /-----/-----/-----/ à -----

Et n'avoir constaté aucune contre-indication à l'exercice de la profession d'ambulancier (article 6 de l'arrêté du 26 janvier 2006 modifié).

Certificat établi le -----

Signature et Cachet du médecin

**Document joint** : Liste des médecins agréés pour le département de la Réunion

En référence du décret n°86-442 du 14 mars 1986 modifié par le décret du 30/02/2013

# EXTRAIT DE LA LISTE DES MEDECINS AGREES POUR LE DEPARTEMENT DE LA REUNION

en référence au décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié par le décret du 30/02/2013

*L'agrément, prononcé sur 3 ans, se limite au périmètre suivant :*  
*Examen des conditions d'aptitude physique des fonctionnaires ou candidats aux emplois publics*  
*Examen dans le cadre du régime de congés de maladie des fonctionnaires*  
*Participation aux comités médicaux et commissions de réforme*

## Médecine Générale

AMODE MARIMOUTOU Safia	66 rue Victor le Vigoureux	97 410 Saint Pierre	0262 96 12 20
ANOULARD Caroline	21 RN 2 Centre Ville	97 412 Bras Panon	0262 23 05 05
AOUATE Catherine	2 boulevard Doret	97 00 Saint Denis	0262 21 13 10
ARNAUD Robert	168 avenue Général de Gaulle	97 410 Saint Pierre	0262 31 00 38
BADETTI Yves	7 rue Edith Piaf	97 438 Sainte Marie	0262 53 20 20
BAGUET Dominique	24 CD 29 Montvert les Bas	97 410 Saint Pierre	0262 31 17 55
BELLON Karl	37 ter boulevard de Brest	97 420 Le Port	0262 42 07 08
BICHAT Saravanane	CHU La Réunion. Site Félix Guyon. Allée des Topazes	97 405 Saint Denis Cedex	0262 90 50 27
BOIN Jean François	11 avenue de la Grande Ourse	97 434 Saint Gilles les Bains	0262 26 34 07
BOQUEL Catherine	105 rue du Général de Gaulle	97 434 Saint Gilles les Bains	0262 24 40 79
BRO Caroline	125 avenue Raymond Barre	97 427 L'Etang Salé	0262 35 18 72
CALUZIO Patrick	36 rue du domaine Indigo	97 438 Sainte Marie	0693 00 10 27
CAPDEVILLE Christian	228 rue Raphaël Babet	97 480 Saint Joseph	0262 56 50 82
CASSAMALY Navchad	5 boulevard Saint François	97 400 Saint Denis	0262 30 21 93
CASSAR-PAYET Dominique	2 rue Dachery PK 11	97 430 Le Tampon	0262 27 07 03
COLOMB Michel	42 route des Palmiers	97 417 La Montagne	0262 23 63 12
CONAN Lionel	7 rue de la Chapelle - Les lianes	97 480 Saint Joseph	0262 37 52 02
DEDIEU Guillaume	22 route du Moufia	97 490 Sainte Clotilde	0262 97 44 44
DOMERCQ Alain	18 rue de la Montée des Veuves	97 438 Sainte Marie	0262 53 14 15
DOREMIEUX Marc	3 boulevard Verdun	97 420 Le Port	0262 42 01 79
DREVON Thierry	1 rue Azema	97 412 Bras Panon	0262 46 54 29
DUPUIS Olivier	19 rue Lucien Gasparin	97 400 Saint Denis	0262 21 37 62
DUPUY Bruno	146 bis rue Jonas Bègue	97 437 Sainte Anne	0262 51 03 79
FOUASSIN Stéphane	73 rue Georges Pompidou	97 433 Salazie	0262 47 53 74
GAILLARD Patrick	24 rue Sarda Garriga	97 460 Saint Paul	0262 45 21 46
GARNOIX Frédéric	4 avenue François Mitterrand	97 470 Saint Benoît	0262 40 50 60
GHANTY Oumar	3 rue Josphe de Souville	97 480 Saint Joseph	0262 56 60 04
GIN Hervé	166 rue du Général Lambert	97 436 Saint Leu	0262 34 81 07
HOARAU Jean Paul	48 rue Désiré Barquisseau	97 410 Saint Pierre	0262 25 16 93
KIN SIONG Fabrice	2 rue Eugène Dayot Basse Terre	97 410 Saint Pierre	0262 25 20 11
KONAREFF Annie	50 rue Père Maître CHU La Réunion. Site Sud.	97 432 Ravine des Cabris	0262 26 50 23
LAMBERT Guillaume	Avenue du Président François Mitterrand Terre Sainte BP 350	97 448 Saint Pierre Cedex	0262 35 90 00
LARAVINE Anne	73 rue Georges Pompidou	97 433 Salazie	0262 47 53 74
MAREUIL Henri	37 ter boulevard de Brest	97 420 Le Port	0262 42 07 08
MARIMOUTOU Raymond	4 rue Lucien Duchemann	97 470 Saint Benoît	0262 50 07 07
MARIMOUTOU René	66 rue Victor le Vigoureux	97 410 Saint Pierre	0262 96 12 20
MARIMOUTOU Suzelle	4 rue Lucien Duchemann	97 470 Saint Benoît	0262 50 37 47
MERCIER Christian	6 place de la Principauté d'Andorre	97 427 L'Etang Salé	0692 77 36 36
MESSAÏ Samir	Résidence du Théâtre Porte G4 7 rue de la cheminée	97 434 Saint Gilles les Bains	0262 46 01 28
MOGALIA Hanna	91 rue Juliette Dodu	97 400 Saint Denis	0262 40 80 80
MOUSSA Ismaël	22 rue Bouvet BP 403	97 400 Saint Denis	0262 20 02 07
NOEL Olivier	2 allée des Hortensias Bassin plat	97 410 Saint Pierre	0262 33 21 88
OMARJEE Mahmad Farouck	1 rue Eugène Dayot	97 410 Saint Pierre	0262 25 17 47
OTTENWAELDER Christophe	5 rue François de Mahy	97 426 Trois Bassins	0262 24 85 92
PARATIEN Uvarajen Govindah	88 Ter avenue Leconte Delisle	97 490 Sainte Clotilde	0262 29 30 24
PASTOR Paul-Luc	66 route des Palmiers	97 417 La Montagne	0262 23 63 15
PAYET Corry	42 avenue de la Palestine	97 419 La Possession	0262 26 46 87
PEREZ Christine	81 rue Romain Roland	97419 La Possession	0262 42 99 23
PIERRE Xavier	26 B rue Jules Bertaut	97 430 Le Tampon	0262 57 19 19
POLITIS Gwénaëlle	41 rue Georges Pompidou	97 470 Saint Benoît	0262 46 60 00
ROJOA Abdool	Terrasse de Montgaillard A7 Rue du Stade CHU La Réunion. Site Sud.	97 400 Saint Denis	0692 31 53 56
SOUAB Abdelrazaque	Avenue du Président François Mitterrand Terre Sainte BP 350	97 448 Saint Pierre Cedex	0262 35 93 98
SOULIGNAC Fabrice	264 rue Hubert Delisle	97 424 La Plate Saint Leu	0262 54 00 06
TCHANG Marie Thérèse	17 rue du Général Lambert	97 480 Saint Joseph	0262 56 54 30
TCHEREMKHOVITCH MOULTSON Anna	11 rue Salvador Allende	97 419 La Possession	0262 51 27 00
THIA KIME Prosper	17 rue du Général Lambert	97 480 Saint Joseph	0262 56 54 30
TIMOL Fatmah	18 rue Labourdonnais	97 460 Saint Paul	0262 22 50 52
VALENTIN Bernard	101 rue du Général de Gaulle	97 434 Saint Gilles les Bains	0262 33 04 76
VAN DER PUTTEN Sylvain	29 rue Maury	97 480 Saint Joseph	0262 56 60 56
VENAULT Antoine	Maison de santé le Bosquet 4 rue du Bosquet Moufia	97 490 Sainte Clotilde	0262 31 44 71
YENG SENG William	12 rue Cayenne	97 410 Saint Pierre	0262 35 32 97
ZIEGLE Philippe	5 allée de la piscine BP 374	97 455 Saint Pierre	0693 80 04 42



INSTITUT DE FORMATION DES AMBULANCIERS



FORMATION PREPARANT AU DIPLOME D'ETAT D'AMBULANCIER  
Session Août 2021

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires et recommandées  
 pour les étudiants et élèves des professions de santé

Je soussigné, Docteur<sup>1</sup> .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Certifie que M. / Mme (Nom de jeune fille suivi du nom d'usage + prénom) .....

Né(e) le...../...../..... à .....

**Est à jour des vaccinations suivantes obligatoires :**

- Hépatite B** (Arrêté du 02/08/2013 - voir algorithme ci-dessous). **3 injections au total** selon le schéma 0,1 mois et 6 mois après la première dose.  
**L'immunisation est OBLIGATOIRE afin de pouvoir débiter les stages. Un schéma accéléré peut être proposé afin de garantir l'immunisation avant le début du premier stage : ENGERIX B20 3 doses en 21 jours (JO,J7,J21) suivies d'un rappel 12 mois après, indispensable pour obtenir une protection au long cours. Contrôle des anticorps 4 à 8 semaines après l'administration de la dose de rappel à 12 mois.**

Résultats des dosages (OBLIGATOIRES)	Date
Anticorps Anti-HBs ..... UI / L	.....
et	
Anticorps Anti-HBc .....UI / L	.....
<b>Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs &gt; 100 UI/L : sujet immunisé.</b>	
<b>Si concentration des anticorps Anti-HBs entre 10 et 100 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés : sujet immunisé si vaccination menée à terme (3 injections au total).</b>	
<b>Si concentration des anticorps Anti-HBs &lt; 10 UI/L et anticorps Anti-HBc non détectés : réaliser une injection supplémentaire de vaccin contre l'hépatite B et effectuer un nouveau contrôle sérologique 4 à 8 semaines après l'injection (répéter ce schéma si besoin sans dépasser 6 injections au total).</b>	
Après 6 doses, si la personne présente toujours un taux d'anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/L, elle est considérée comme « non répondeuse » à la vaccination.	
<b>Si anticorps Anti-HBc détectés : dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.</b>	

- Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite : 3 injections + rappel à l'âge de 6 ans, 11-13 ans, 25 ans et 45 ans.**  
**Pour les professionnels de santé, les rappels comportent la valence coquelucheuse (recommandé).**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° de lot
.....	.....	.....

<sup>1</sup> Votre médecin traitant ou le médecin de service de médecine préventive de votre employeur

IFA - secrétariat - tel : 0262 71 75 30 - fax : 0262 30 71 25 - email : secretariatnord@ies-reunion.fr - CHU de la Réunion Site Félix Guyon Allée des topazes-CS11021-97400 Saint Denis

**A pris connaissance que les vaccinations suivantes sont recommandées :**

**1) Rougeole, Oreillons, Rubéole :**

**Personnes nées depuis 1980 :** rattrapage pour obtenir au total 2 doses de vaccin trivalent ROR (avec un délai de minimum 1 mois entre les doses), **quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.**

**Personnes nées avant 1980 :** 1 dose de vaccin trivalent ROR au total si absence d'antécédent connu.

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose ROR : .....	.....	.....
2 <sup>ème</sup> dose ROR : .....	.....	.....

**2) Varicelle :** 2 injections espacées de 4 à 8 semaines (Varivax®) ou de 6 à 10 semaines (Varilrix®) en cas de personne sans antécédent de varicelle (ou dont l'histoire est douteuse) et dont la sérologie est négative.

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose : .....	.....	.....
2 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....

**3) COVID-19 :**

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose : .....	.....	.....
2 <sup>ème</sup> dose : .....	.....	.....

**4) Grippe saisonnière :**

**A pris connaissance que la réalisation d'un test IDR tous les 5 ans est recommandée :**

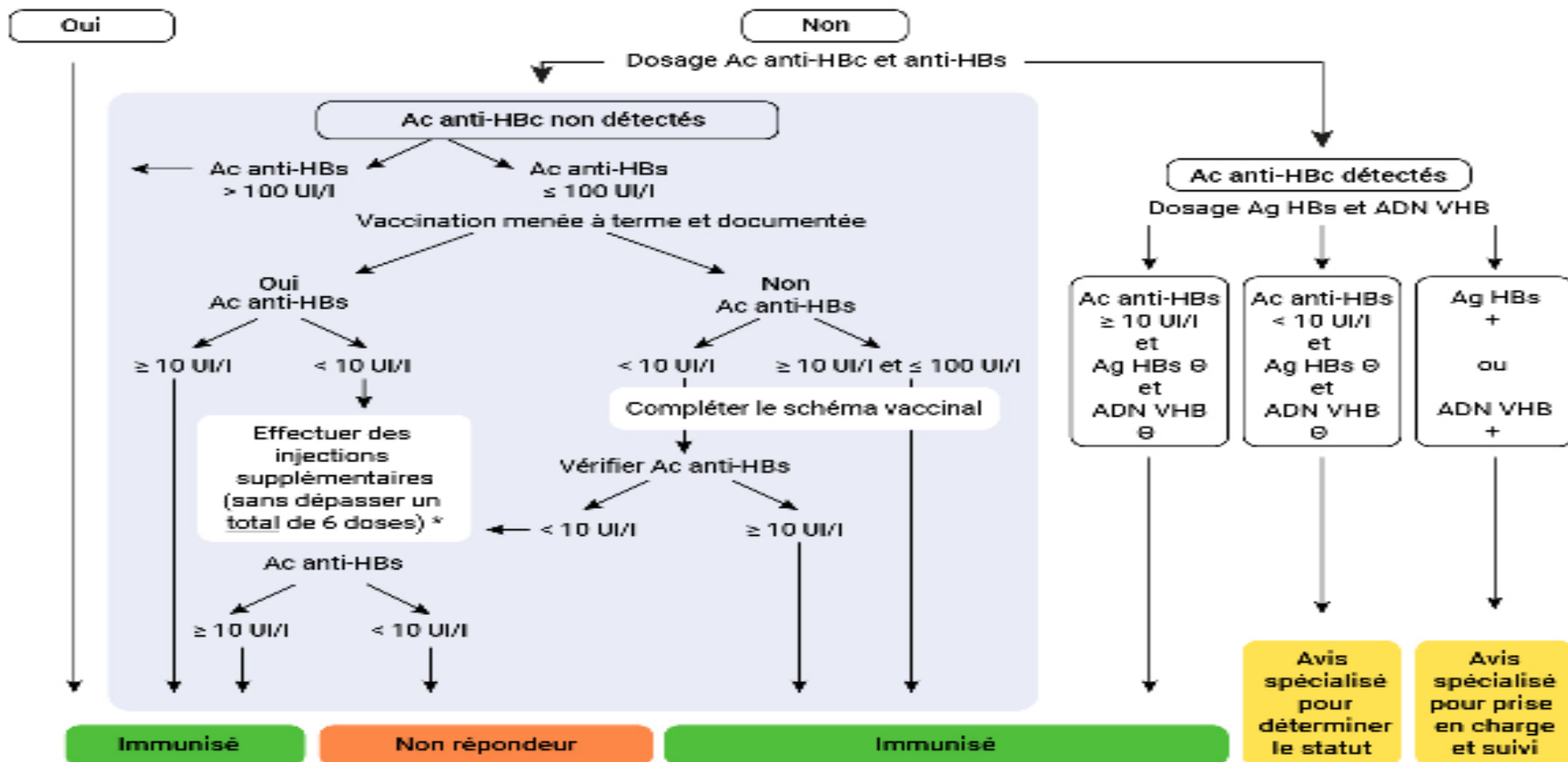
Date	Résultat
.....	.....

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

Signature et cachet du Médecin

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013.

Attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac anti-HBs > 100 UI/l



Ac : anticorps - Ag : antigène - VHB : virus de l'hépatite B

\* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté.