



Saint-Denis, le 29 avril 2021

A tous les étudiants et élèves primo-entrants des IES du CHU Réunion

Dans le cadre de votre formation, vous devez effectuer chaque année **une visite médicale obligatoire** avec le Médecin du Travail des IES du CHU Réunion.

À la rentrée, vous devez vous rendre à cette visite médicale, qui sera programmée par l'institut (date qui vous sera communiquée ultérieurement).

Vous devez vous munir **OBLIGATOIREMENT** des pièces suivantes :

- votre carnet de santé ou carnet de vaccinations,
- la dernière sérologie de l'Hépatite B,
- lunettes de vue le cas échéant,
- les certificats demandés ci-dessous :

1. **Certificat médical** (ci-joint) rempli par le **médecin agréé**.

Certificat médical (avec votre nom de jeune fille) établi **obligatoirement** par un **médecin agréé**
Consulter la liste de médecins agréés sur le site : <https://www.lareunion.ars.sante.fr/obtenir-la-liste-des-medecins-agrees-4>

2. **Certificat de vaccination** (ci-joint) rempli par **votre médecin traitant**.

3. Si vous avez un **handicap déclaré**, apporter le justificatif

Le Médecin du Travail est disponible par mail si besoin : usai.monica@ies-reunion.fr (toute demande de changement de RDV peut être accordée uniquement si motif légitime).



Instituts d'Etudes en Santé



CERTIFICAT MEDICAL **MEDECIN AGREE**

Je soussigné(e) Docteur :certifie avoir
examiné ce jour

Mr/Mme Nom : Prénom :

Né(e) le : /___/___/_____/ à

inscrit(e) à du C.H.U Réunion et
atteste qu'il/elle ne présente pas de contre-indications physiques et psychologiques à
l'exercice de la profession

Fait à

Le

Signature :

Cachet du Médecin



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

Je soussigné, Docteur¹

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 :

- 1) **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
Si attestation d'un résultat, même ancien, montrant des Ac Anti-HBs > 100 UI/L : sujet immunisé.		
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).		
Si concentration des anticorps Anti-HBs < 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).		
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.		
Si anticorps Anti-HBc détectés : dosage des antigènes HBs et de l'ADN VHB.		

- 2) **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
.....

¹ Votre médecin traitant ou le médecin de service de médecine préventive de votre employeur

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 ^{ème} 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 ^{ème} dose :

3) COVID-19 :

Nom du vaccin	Date	N° de lot
1ère dose :
2 ^{ème} dose :

4) Grippe saisonnière :

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

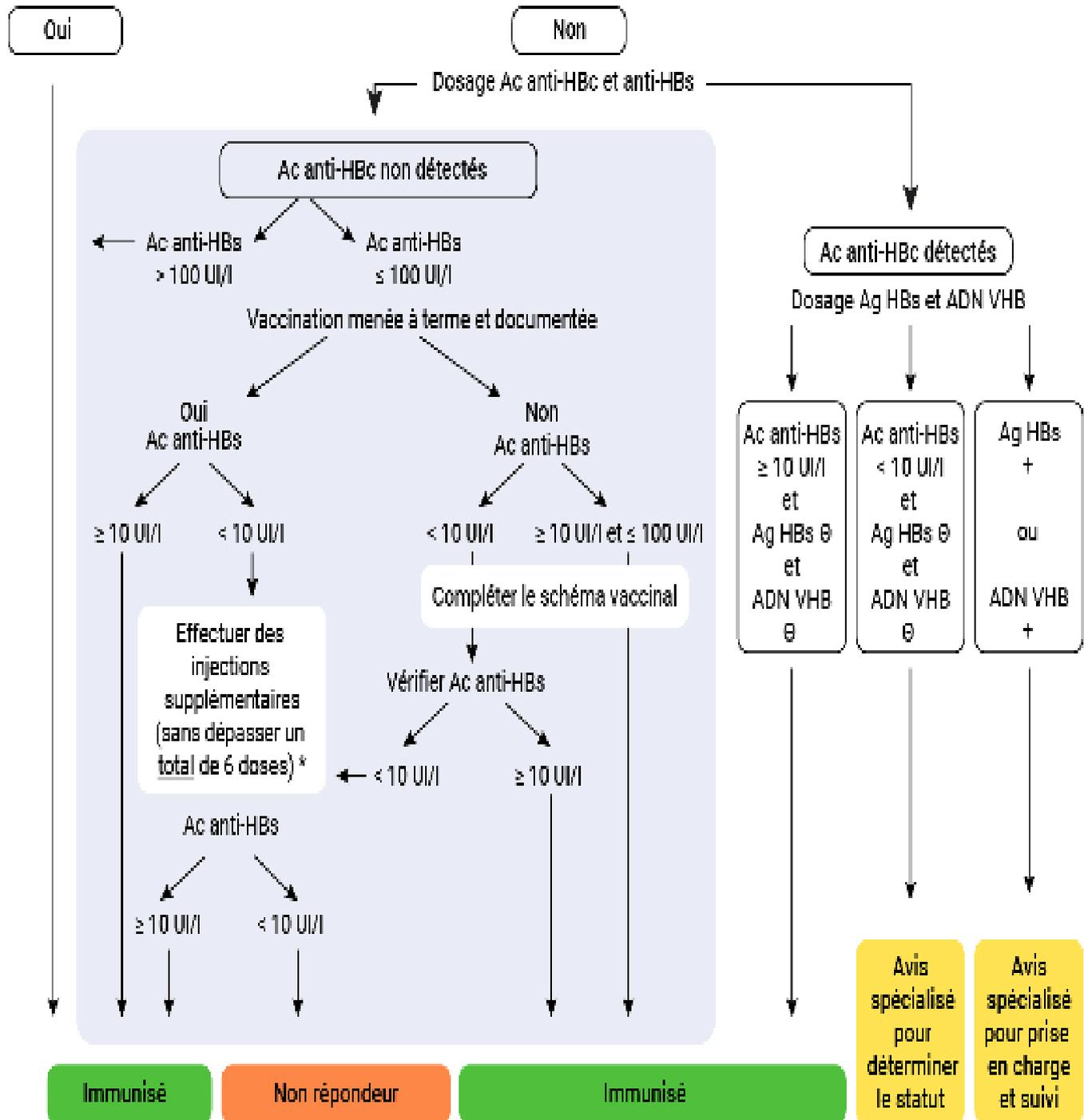
Date	Résultat
.....

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.