

2 – DOSSIER MEDICAL

Ce dossier est à rendre au plus tôt à l'institut

Nous vous conseillons de prendre rendez-vous sans tarder avec un médecin agréé de l'ARS et un ophtalmologue de votre choix vu les délais d'attente. Le certificat d'aptitude visuelle pourra nous être transmis ultérieurement.

Afin de vous assurer de n'avoir rien oublié, veuillez **cocher ci-dessous que chaque document est bien présent dans votre dossier**

NOM DE NAISSANCE : PRENOM :

NOM D'USAGE :

LISTE DES PIÈCES DEMANDÉES	RESERVE A L'ADMINISTRATION
<input type="checkbox"/> Liste des pièces demandées ci-jointe complétée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificat médical de non contre-indication à renseigner par un médecin agréé => La liste des médecins agréés est sur le site de l'ARS ou de la préfecture de votre département : https://www.bretagne.ars.sante.fr	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificat médical établi et signé par un médecin ophtalmologue attestant que la fonction visuelle est compatible	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Numérisation formule sanguine de moins d'un an	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Attestations médicales d'immunisation et de vaccinations obligatoires à renseigner par un médecin : Vaccinations obligatoires : <input checked="" type="checkbox"/> Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite <input checked="" type="checkbox"/> Hépatite B <input checked="" type="checkbox"/> Test IDR Vaccinations recommandées : <input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Rougeole, Oreillons, Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/>

- Grippe saisonnière
- Covid 19



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
Institut de Formation de Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale

**CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
A LA PROFESSION DE MANIPULATEURS D'ELECTRORADIOLOGIE
MEDICALE**

(à faire compléter **par un médecin agréé*** par l'Agence Régionale de Santé
Selon l'article 13 de l'arrêté du 22 octobre 2005 modifié)

Je soussigné(e), Docteur **Médecin agréé,**

Atteste que :

Né(e) le : !__ !__ !_____ !

- ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession de manipulateurs d'électroradiologie médicale.
- ne présente pas de contre-indication à l'utilisation d'IRM, (pacemaker, prothèse(s), dispositif(s) implantable(s),
- est apte au travail sous rayonnement ionisant.

Coordonnées du médecin agréé :

.....

Fait à, le

* liste disponible par département : <https://www.bretagne.ars.sante.fr/les-medecins-agrees-1>

Pôle de Formation des Professionnels de Santé - CHU Rennes - 2 Rue Henri le Guilloux, 35033 Rennes Cedex 9



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
Institut de Formation de Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale

ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je soussigné(e), Docteur

.....
.....

Atteste que :

.....
.....

Né(e) le |__| |__| |__| à

Candidat(e) à l'entrée en formation en IFMEM (Institut de Formation de Manipulateurs d'Electroradiologie médicale)

Est immunisé(e) :

- **Contre la DIPHTERIE, le TETANOS et la POLIOMYELITE :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'HEPATITE B**, selon les **conditions définies au verso**, il/elle est considéré(e) comme :

(rayer les mentions inutiles)

- Immunisé(e) contre l'HEPATITE B :	oui	non
- Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses) :	oui	non
- Nécessitant un avis spécialisé	oui	non

- **Par le BCG*** OUI NON

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin	N° lot

*Un arrêté du 27 février 2019 a **suspendu** l'obligation de vaccination par le BCG.

IDR à la tuberculine*	Date	Résultat (en mm)

*L'IDR de référence est **obligatoire** : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.

**SIGNATURE ET CACHET DU
MEDECIN :**

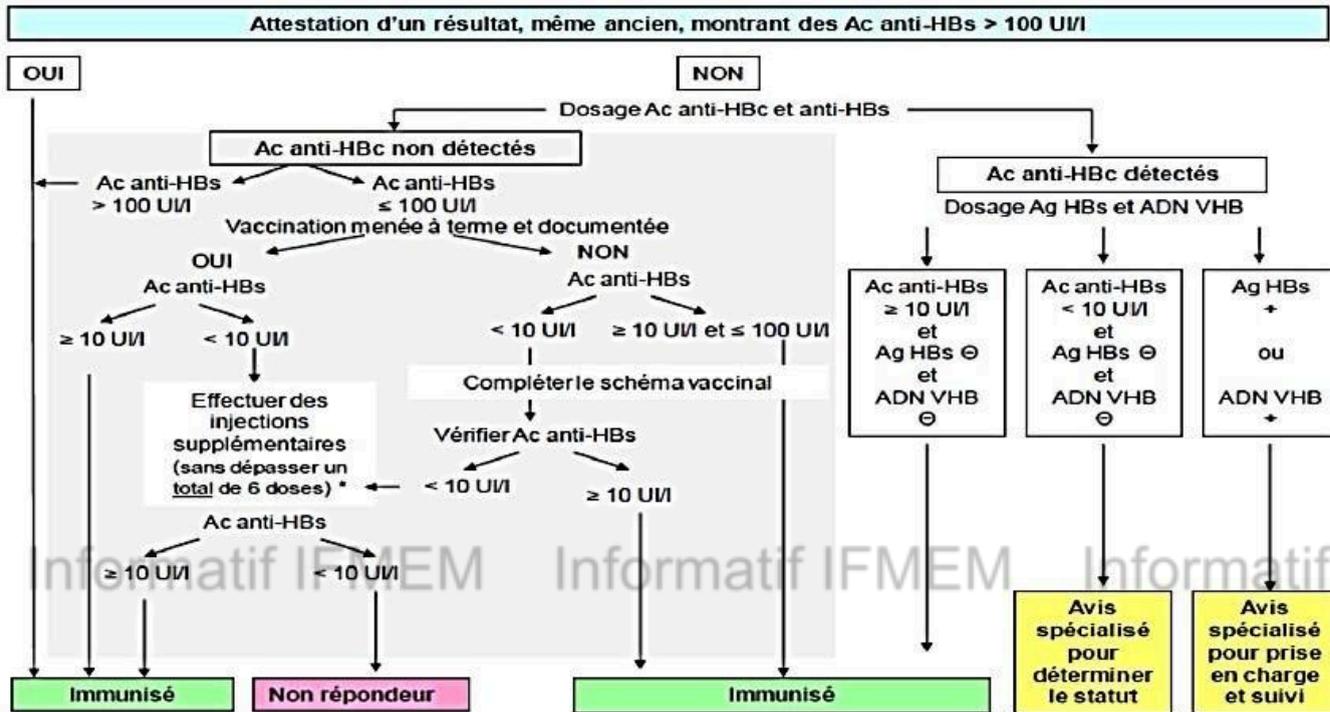
Le : |__|__|____|

Signature et Cachet du médecin
--

Nota bene : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les étudiants et professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre **la COVID-19, la coqueluche, la rougeole, la rubéole et les oreillons (ROR), la varicelle et la grippe saisonnière**, ainsi que contre l'hépatite A pour les personnes s'occupant d'enfants n'ayant pas atteint l'âge de la propreté (par exemple personnels des crèches, assistants maternels...) et – des structures collectives d'accueil pour personnes handicapées.

SCHÉMA DE VACCINATION ET IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



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

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

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. <https://vaccination-info-service.fr/>)



POLE DE FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
Institut de Formation de Manipulateurs d'Electroradiologie Médicale

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE VISUELLE

Je soussigné(e), Docteur,
ophtalmologue,

Certifie avoir examiné
.....,

né(e) le !__ !__ !__ !

et atteste que la fonction visuelle est compatible avec l'exercice de la profession de
manipulateur en électroradiologie médicale (acuité visuelle, tension oculaire, et fond
d'œil).

Date :

Coordonnées et tampon du médecin :

Signature :