

Dossier Médical 2018-2019

Consignes

- 1) Lire les consignes et recommandations ci-jointes et les conserver \Rightarrow *Annexe I*
- 2) Compléter vous-même le questionnaire Médical confidentiel \Rightarrow *Annexe II*
- 3) Faire remplir par le médecin traitant le complément \Rightarrow *Annexe III*
- 4) Faire remplir par le médecin traitant le certificat d'aptitude interne à l'établissement \Rightarrow *Annexe IV*
- 5) Faire DEUX copies de tout le dossier médical et en garder une précieusement à votre domicile
- 6) Déposer l'ORIGINAL du dossier ET UNE COPIE (sans les plier) à l'accueil de l'établissement sous enveloppe A4 fermée pour le 15/09

En cas de manquement à cette procédure, vous risquez d'être exclu de l'établissement et/ou de stage.

Madame,
Mademoiselle,
Monsieur,

Conformément aux dispositions légales en vigueur, les étudiant(e)s qui s'inscrivent dans des études paramédicales de Bachelier : infirmier responsable de soins généraux, Bachelier : sage-femme, Bachelier : technologue en imagerie médicale ou même en année de spécialisation, doivent fournir des attestations médicales destinées à la constitution de leur dossier individuel :

1. **Un questionnaire médical de base** = à remplir par l'intéressé (**Annexe II**).
2. **Un bilan de vaccination et un certificat d'aptitude physique à la profession** = à remplir par le médecin traitant (**Annexe III**)
3. **Un deuxième certificat d'aptitude physique non confidentiel** puisqu'obligatoire dans le dossier administratif de l'étudiant (**Annexe IV**)

Ces trois documents non pliés, présentés sous enveloppe A4 fermée, sont confidentiels et seront réceptionnés par une infirmière-professeur avant transmission au :

- **Centre de santé de Châtelet**, responsable de la tutelle médicale des étudiants entrant dans l'enseignement supérieur :
Rue du Rempart 51 - 6200 CHATELET - ☎ 071/38.36.21
- **CESI**, Service de Médecine du Travail responsable de la surveillance médicale des stagiaires : Rue Warmonceau, 318 - 6000 CHARLEROI - ☎ 071/48.84.08

Des précisions concernant les critères d'aptitude physique des candidat(e)s du secteur paramédical pourront vous être données par le Service de Médecine du Travail.

C'est lui aussi qui délivrera le formulaire d'évaluation de santé permettant l'accès aux stages. Les attestations d'autorisation de stages telles que prévues par la *Circulaire ministérielle relative à l'organisation de la surveillance de santé des stagiaires visés à l'article 2, 1°, de l'arrêté royal du 21 septembre 2004 relatif à la protection des stagiaires*.

Les établissements hospitaliers sont notamment tenus de vérifier l'immunité de l'ensemble de leur personnel, et par extension de tous les **stagiaires** qui fréquentent leur établissement lorsqu'ils présentent des risques d'exposition au sang et aux liquides biologiques.

C'est pourquoi, nous vous demandons de préparer un dossier médical complet afin d'informer le médecin sur les vaccinations reçues et les contrôles immunitaires.

De plus pour les étudiants inscrits dans la section Technologue en imagerie médicale ou années de spécialisation en SIAMU, Oncologie et Radiothérapie, une tutelle particulière est assurée et des examens complémentaires sont demandés en raison des risques d'exposition aux radiations.

Remarque : en matière de protection de la maternité, nous attirons l'attention des étudiantes en ce qui concerne l'incompatibilité des stages avec un état de grossesse (qui doit nous être signalé dès que l'étudiante en a confirmation). Dans ce cas, la poursuite de l'année en cours peut être compromise.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

À remplir par l'étudiant(e)

1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom : Prénom : Sexe : M – F

Inscription en : (année d'études) (section)

Lieu et date de naissance : Nationalité :

N° de registre national :

Adresse : N°

Localité : Code postal :

Téléphone privé : GSM :

Mail :@.....

Médecin traitant :

Ecole fréquentée lors de la dernière visite médicale scolaire:

Classe : Année 20 - 20

Si vous avez subi une visite médicale scolaire l'an dernier au cours d'études supérieures en Belgique, joignez l'original de l'attestation remise par le centre afin d'en être dispensé cette année

A compléter par les étudiants étrangers uniquement :

Adresse en Belgique :

Téléphone en Belgique:

Date d'arrivée en Belgique : Pays d'origine :

Êtes-vous passé par l'office des étrangers : Oui – Non

2. ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

	EN VIE		DÉCÉDÉS	
	AGE	ÉTAT DE SANTÉ/MALADIES	AGE DÉCÈS	CAUSE DU DÉCÈS
Père				
Mère				
Frères				
Soeurs				

3. ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

A) Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?

Si oui, laquelle et à quelle date ?

.....

B) Quels accidents, blessures ou traumatismes avez-vous subis (fractures, douleurs lombaires,...) et à quelle date?

.....

C) Prenez-vous des médicaments actuellement? Si oui, lesquels ?

.....

D) Avez-vous été ou êtes-vous victime d'une affection :

- de la peau (eczéma, psoriasis,...) :

- du système nerveux (épilepsie, dépression nerveuse,...) :

- des yeux, du nez, des oreilles (troubles de la vue, de l'audition.)

.....

- du système digestif (vomissement, jaunisse,...) :

- des voies respiratoires (pneumonie, asthme, tuberculose, tabagisme, ...) :

Si tabagisme, combien de cigarettes ?

- du cœur ou de la circulation sanguine (varices, palpitations, hypertension artérielle, hypotension artérielle ...) :

- du système génito-urinaire (affection gynécologique, albumine,...) :

- des glandes endocrines (diabète, goitre,...) :

- transmissible ou maladie infectieuse (méningite, scarlatine, tuberculose, mononucléose, rubéole ...) :

E) Avez-vous des enfants ? Né(s) en

Etes-vous enceinte ? Date présumée de l'accouchement :

F) Avez-vous une activité sportive ?

Si oui, laquelle ? Nombre d'heures/semaine :

Fait à, le

Signature de l'étudiant(e)

Nom : Prénom :

Lieu et date de naissance :

Inscription en (année) (section)

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, atteste par la présente avoir pris connaissance de la politique actuelle de vaccination au Département - Gilly de la HELHa = Consignes et recommandations ci-jointes. Je prends en charge le suivi de la mise à jour du programme de base (tétanos-rubéole).

Le dernier rappel pour le tétanos doit dater de moins de 10 ans.

1. VACCINATIONS

Veuillez indiquer la date de la vaccination ou joindre une photocopie de la carte de vaccination.

	Polio	Diphtérie/ Tétanos	Hépatite A	Hépatite B	R.R.O.	Méningite C	B.C.G.	Autre
	Obligatoire en Belgique	Obligatoire		Obligatoire	Obligatoire pour les filles			
1 ^{ère} Inj.								
2 ^{ème} Inj.								
3 ^{ème} Inj.								
Rappel								



Joignez les résultats récents d'une prise de sang mentionnant les anticorps antiHBS, antiHBC et les antigènes HBS et pour les filles un dosage d'anticorps de la rubéole et du CMV.

En ce qui concerne la vaccination hépatite B

- Si l'étudiant n'a pas été vacciné et qu'il peut bénéficier de la prise en charge du coût de la vaccination par la sécurité sociale (ex : France), **commencer la vaccination au plus vite.**
- Si l'étudiant n'a pas été vacciné et qu'il ne peut bénéficier du remboursement par la sécurité sociale (ex. Belgique) ou si l'étudiant a été vacciné mais que son taux d'anticorps est faible : **Ne pas commencer la vaccination.**

Le service de Médecine du travail exige un taux d'anticorps au moins égal ou supérieur à 10 UI/L.

Les démarches auprès du Fonds des Maladies Professionnelles (FMP) qui prendra en charge le coût de cette vaccination si le taux d'anticorps est inférieur à 10 UI/L devront être entamées **dès la rentrée scolaire** sur base de la confirmation d'inscription. Après accord du FMP, la vaccination devra être assurée par vos soins. L'étudiant recevra les informations et le document de demande de prise en charge dès la rentrée.

Pour être acceptés en stage, les étudiants devront nous fournir la preuve de la mise en route et du suivi de cette vaccination.

➔ Si vous estimez devoir vous opposer à cette procédure, veuillez cocher l'encart ci-dessous.

J'estime qu'il est contre-indiqué chez mon (ma) patient(e) de procéder à la vaccination contre l'hépatite A et B. (Justification à nous remettre dans une enveloppe fermée à l'attention du Centre de Santé et du service de médecine du travail).

2. TEST DE SENSIBILITÉ A LA TUBERCULINE (INTRADERMO)

- Jamais effectué (dans ce cas, ne pas effectuer le test)
- Effectué en date du : Résultat :
- Vaccination au B.C.G. Date :
- Contrôle de la vaccination Date :
- Résultat :

3. PARTICULARITÉ POUR LES ÉTUDIANT(E)S INSCRIT(E)S DANS LES SECTIONS SUIVANTES :

- Technologue en imagerie médicale
- 4^{ème} année spécialisation en oncologie
- 4^{ème} année spécialisation en SIAMU
- 4^{ème} année spécialisation en radiothérapie

Fournir également, **un bilan hématologique récent : formule sanguine (GR-GB-plaquettes)** afin de dépister d'éventuelles contre-indications à l'exercice de la profession et de disposer de points de comparaison pour le suivi ultérieur des étudiants exposés aux radiations ionisantes.

ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie, après avoir interrogé et examiné ce jour, que

Monsieur, mademoiselle

- jouit d'une bonne santé et n'est atteint(e) d'aucune affection susceptible de présenter un danger pour les autres étudiant(e)s,
- ne souffre d'aucun handicap pouvant faire obstacle à l'exercice normal de la profession :
 - infirmier(e)
 - sage-femme
 - technologue en imagerie médicale
 - infirmier spécialisé en oncologie
 - infirmier spécialisé en soins intensifs et aide médicale urgente
 - infirmier/technologue en imagerie médicale spécialisé en radiothérapie
- me paraît être en possession de toutes les facultés physiques et mentales indispensables pour entreprendre les études susmentionnées, y compris les prestations de stages requises en milieu hospitalier et extra-hospitalier.

OBSERVATIONS ET REMARQUES COMPLÉMENTAIRES :

.....

.....

CACHET ET SIGNATURE DU MÉDECIN :

DATE :

Document à remettre dans le dossier administratif et pas dans le dossier médical

CERTIFICAT D'APTITUDE PHYSIQUE

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, après avoir interrogé et examiné ce jour

Monsieur / Mademoiselle

certifie que l'intéressé(e)

- jouit d'une bonne santé et n'est atteint(e) d'aucune affection susceptible de présenter un danger pour les autres ;
- ne souffre d'aucun handicap pouvant faire obstacle à l'exercice normal de la profession :
 - Infirmier(e)
 - Sage-femme
 - Technologue en imagerie médicale
 - Infirmier spécialisé en oncologie
 - Infirmier spécialisé en soins intensifs et aide médicale urgente
 - Infirmier/technologue en imagerie médicale spécialisé en radiothérapie (*)
- est en possession de toutes les facultés physiques et mentales indispensables pour entreprendre les études susmentionnées, y compris les prestations de stages requises en milieu hospitalier et extra-hospitalier.

Date :

Signature et cachet du médecin :

(*) Cocher la section ou spécialisation concernée