

Dossier Médical 2019-2020

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*
 - le certificat d'aptitude physique $\Rightarrow$ *Annexe IV*
- 4) Faire DEUX copies de l'ensemble du dossier médical (Annexes II, III, IV, photocopie de la carte de vaccination et les résultats de la prise de sang)
- 5) Déposer l'ORIGINAL du dossier ET UNE COPIE (sans les plier) à l'accueil de l'établissement sous enveloppe A4 fermée pour le 16/09
- 6) Garder précieusement UNE copie pour vous

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, tous les étudiant(e)s qui s'inscrivent dans des études paramédicales de Bachelier : infirmier responsable de soins généraux, sage-femme, technologue en imagerie médicale ou, 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 à la profession** = à remplir par le médecin traitant (**Annexe III**)
3. **Un deuxième certificat d'aptitude physique**, obligatoire pour le dossier administratif de l'étudiant (**Annexe IV**)

Ces 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, PSE**, 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

Chaque étudiant devra réaliser (obligation ministérielle) une visite au PSE (Promotion de la santé à l'école) **ET** une visite au CESI (Médecine du travail – vos stages étant assimilés à un travail).

Une lettre informative et complémentaire vous parviendra en début d'année académique afin de réaliser celles-ci au mieux.

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

C'est lui, aussi, qui délivrera le formulaire d'évaluation de santé (FES) permettant l'accès aux stages. L'attestation d'autorisation de stages telle que prévue 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 est obligatoire.*

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, ce qui vous permettra également d'accéder à la mise en ordre des vaccinations obligatoires dans le cadre de vos études.

De plus, pour les étudiants inscrits dans la section : **Technologue en imagerie médicale, et dans les 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 (obligatoire) :

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 réalisé une visite médicale (CESI et/ou PSE), l'an dernier, au cours d'études supérieures en Belgique, joignez l'(les) original (aux) 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
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 :

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

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

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

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

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

Si tabagisme, combien de cigarettes ?

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

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

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

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

10. Allergies :

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 **ET** 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 Date < à 10 ans		Obligatoire	Obligatoire pour les filles			
1^{ère} Inj.								
2^{ème} Inj.								
3^{ème} Inj.								
Rappel								



Joignez les résultats RÉCENTS (moins de 6 mois) d'une prise de sang mentionnant les anticorps antiHBS, 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 - **Vaccination gratuite, par le CESI, à condition que 1°** l'étudiant se présente à la visite du CESI avec ses résultats d'Ac Anti-HBS **2°** qu'il réalise le schéma complet de vaccination – Le schéma de vaccination démarrera si le taux d'Ac Anti-HBS est < ou = à 10 UI/L. **Et 3°** si l'étudiant réalise une prise de sang de contrôle au terme de la réalisation du schéma complet.
- Les étudiants originaires de France peuvent réaliser leur vaccination, en Belgique ou dans leur pays d'origine mais !!! ils doivent aussi fournir leur taux d'AC Anti-HBS, ainsi que les dates de leur schéma de vaccination.

En effet, pour être acceptés en stage, les étudiants devront 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

JOINDRE également, un bilan hématologique RECENT (moins de 6 mois) = 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