

## UNITE DE MEDECINE PREVENTIVE

**Dr G. DEVILLE de PERIERE**

Secrétariat : tel 04 67 33 88 40

ifmssecmedecinepreventive@chu-montpellier.fr

### **POUR LA FILIERE AIDE-SOIGNANT**

DOSSIER MEDICAL A RETOURNER AVEC LE DOSSIER ADMINISTRATIF A L'IFAS  
DANS UNE ENVELOPPE SEPARÉE DU DOSSIER ADMINISTRATIF

**Date limite d'envoi :**

Le 26/07/2024 → **1 enveloppe commune à envoyer en recommandé avec AR, avec à l'intérieur :**

- **1 enveloppe** pour le dossier administratif
- **1 enveloppe** pour le dossier médical, à l'attention du Dr DEVILLE de PERIERE, Unité de Médecine Préventive

### **POUR LES AUTRES FILIERES**

DOSSIER MEDICAL A RETOURNER OBLIGATOIREMENT  
EN COURRIER RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION

**A l'attention du Dr DEVILLE de PÉRIÈRE  
UNITÉ DE MÉDECINE PRÉVENTIVE**

Institut de Formation aux Métiers de la Santé « IFMS » 1<sup>er</sup> étage porte A10  
1146 avenue du Père Soulas  
34295 MONTPELLIER CEDEX 5

**Date limite d'envoi :**

Le 31/07/2024 → pour les filières **IFSI 1<sup>è</sup> A – IFMEM 1<sup>è</sup> A – PPH**

Le 16/08/2024 → pour les filières professionnelles **IADE 1<sup>è</sup> A – IBODE 1<sup>è</sup> A – PUER**

**Il vous est vivement conseillé de prendre les dispositions nécessaires**  
pour être vacciné (e) et immunisé (e) contre l'hépatite B et la rougeole  
et être à jour du vaccin anti DTCP le jour de la rentrée

**Si tel n'est pas le cas**

**VOUS RISQUEZ FORTEMENT DE NE PAS ETRE AUTORISÉ (E) A ALLER EN STAGE EN MILIEU  
HOSPITALIER ET L'OBTENTION DE VOTRE DIPLOME SERAIT ALORS DIFFÉRÉE**

# A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

## PHOTOGRAPHIE ET DOCUMENT D'IDENTITE

1. **VOTRE PHOTOGRAPHIE D'IDENTITE RECENTE** CONFORME A LA REGLEMENTATION en inscrivant au dos vos noms, prénom et la formation intégrée
2. **LA PHOTOCOPIE** de votre carte d'identité ou de votre passeport
3. **VOTRE CURRICULUM VITAE** détaillé

## DOCUMENTS MEDICAUX

Votre accès en stage hospitalier nécessite obligatoirement de nous transmettre tous les documents suivants, qui doivent être en langue française :

1. **La sérologie complète de l'hépatite B** = faire pratiquer le dosage sanguin des Anticorps Anti HBs, des Anticorps anti HBc et de l'Antigène HBs ou fournir un résultat récent (moins d'un an)



### IMPORTANT

**POUR LES ETUDIANTS N'AYANT RECU AUCUN VACCIN CONTRE L'HEPATITE B :**  
dès réception du dossier médical : PRATIQUER SANS DELAI ET OBLIGATOIREMENT  
**la 1<sup>ère</sup> Injection, puis la seconde un mois plus tard**

2. **La sérologie rougeole** = faire pratiquer le dosage sanguin des Anticorps spécifiques (IgM, IgG), ou fournir un résultat récent (moins d'un an)
3. Concernant **la TUBERCULOSE** = faire pratiquer le dosage sanguin de l'Interféron gamma par Test IGRA (QuantiFERON<sup>®</sup> ou T-SPOT-TB<sup>®</sup>), non remboursé par la Sécurité Sociale, ou fournir un résultat récent (moins d'un an)
4. **Les photocopies lisibles en couleur des pages suivantes de votre CARNET DE SANTE** mentionnant :
  - Vaccination contre la tuberculose (BCG) - tests tuberculiques
  - Vaccinations contre Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Poliomyélite (DTCP)
  - Vaccination contre l'hépatite B
  - Vaccinations contre Rougeole Oreillons, Rubéole (ROR) et autres
5. **La fiche de renseignements de santé ci-jointe** complétée et signée par l'étudiant
6. **Pour l'étudiant (e) (mineur (e))** : l'autorisation d'intervention chirurgicale et/ou de soins d'urgence signée par les parents

## **A COMPLETER OBLIGATOIREMENT**

### **FORMULAIRE POUR LA CREATION DE VOTRE CARNET DE VACCINATION NUMERIQUE (CVN) PAR L'UNITE DE MEDECINE PREVENTIVE DU CHU DE MONTPELLIER**

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de votre formation au sein de l'IFMS du CHU de Montpellier, des données personnelles vous concernant vont être collectées et servir à la création de votre Carnet de Vaccination Numérique (CVN) par l'Unité de Médecine Préventive.

**Ces données personnelles sont les suivantes :**

- Nom, prénom,
- Numéro de sécurité sociale,
- Adresse électronique,
- Numéro de téléphone portable,
- Vaccinations et bilans sanguins réalisés

Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et de portabilité.

En signant le présent formulaire, vous reconnaissez avoir reçu l'information relative au traitement de données personnelles vous concernant et consentez à leur traitement par le service de l'Unité de Médecine Préventive de l'IFMS pour la création du Carnet de Vaccination Numérique vous concernant.

Vous pouvez également vous opposer, pour des motifs liés à votre situation particulière, à ce traitement de données.

**Je consens**

**Je m'oppose**

à la création de mon CVN par l'Unité de Médecine Préventive de l'IFMS du CHU de Montpellier sur le site : « MesVaccins.net »

**Nom, Prénom :**

**Date et Signature :**

Pour toute précision complémentaire que vous souhaiteriez, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données (DPO) du CHU de Montpellier à l'adresse suivante : [dpo@chu-montpellier.fr](mailto:dpo@chu-montpellier.fr)

# CONFIDENTIEL

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE SANTE

Ce **document, confidentiel**, est consulté par le médecin et l'infirmière de l'Unité de Médecine Préventive de l'IFMS du CHU de Montpellier chargés de la surveillance médicale des étudiants de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé et **tenus au secret médical**.

Il doit être rempli très soigneusement dans l'intérêt de l'étudiant.

**Il engage la responsabilité de l'étudiant**, notamment pour toute omission ou renseignement erroné.

### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOM de Naissance : NOM d'usage :  
Prénom :  
Date de Naissance :  
Lieu de Naissance :

FORMATION, Promotion :

N° Sécurité Sociale :

Adresse personnelle :

Tel fixe : Tel. mobile :  
E-Mail personnel (en écriture LISIBLE avec points et tirets) :

**En cas d'urgence** NOM et TELEPHONE de la personne à prévenir :

Médecin-traitant (nom, adresse et téléphone) :

ALLERGIES :

#### Situation familiale :

Parents vivant ensemble  vivant séparément

Année de naissance du Père :

Année de naissance de la Mère :

Année de naissance des frère (s) et sœur (s) :

#### Situation personnelle :

Célibataire vivant seul(e)  célibataire vivant maritalement

Marié(e)  pacsé(e)

Divorcé(e)  veuf (ve)

Enfants (sexe et année de naissance) :

# CONFIDENTIEL

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS DE SANTE

### ANTECEDENTS MEDICAUX

#### FAMILIAUX

**A indiquer s'ils sont connus et à préciser dans le tableau suivant** (par ex. diabète, hypertension artérielle, pathologie cardio-vasculaire, varices, phlébite, cancer, sclérose en plaque, asthme, eczéma, psoriasis, surdité, cécité, autres)

Votre Père		
Votre Mère		
Vos Frères et Sœurs		
	<b>Du côté PATERNEL</b>	<b>Du côté MATERNEL</b>
Votre Grand-Père		
Votre Grand-Mère		
Vos oncles et tantes		
Vos cousins et cousines		

#### PERSONNELS

##### ALLERGIES

**ENTOUREZ LA REPONSE**

##### Médicamenteuses

oui   non   Date

Symptômes/Date :

**Nom du ou des médicament(s) :**

Autres (précisez)

##### Respiratoires

oui   non   Date

Allergènes :

Asthme rhinite éternuements

oui   non   Date

Désensibilisation :

oui   non   Date

Autres (précisez)

##### Cutanées

oui   non   Date

Allergènes

oui   non   Date

Eczéma urticaire

oui   non   Date

Autres (précisez)

<b>Alimentaires</b>	oui	non	Date
Allergènes	oui	non	Date
Symptômes : urticaire - œdème de Quincke - choc anaphylactique			
<u>Autres (précisez)</u>			

## MALADIES ET AFFECTIONS MEDICALES

<b>Maladies infectieuses</b>	oui	non	Date
Varicelle	oui	non	Date
Rougeole	oui	non	Date
Oreillons	oui	non	Date
Rubéole	oui	non	Date
Covid 19	oui	non	Date
<u>Autres (précisez)</u>			

<b>Affections de l'appareil respiratoire</b>	oui	non	Date
Asthme	oui	non	Date
Tuberculose, primo infection	oui	non	Date
<u>Autres (précisez)</u>			

<b>Affections cardio-vasculaires</b>	oui	non	Date
Hypertension artérielle	oui	non	Date
Autres maladies cardiovasculaires	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			

<b>Affections veineuses</b>	oui	non	Date
Varices	oui	non	Date
<u>Autres (précisez)</u>			

<b>Maladies du sang</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			

<b>Trouble de la coagulation</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			

<b>Affections de l'appareil digestif</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			

<b>Affections neurologiques et psychologiques</b>	oui	non	Date
Convulsions dans l'enfance	oui	non	Date
Crises d'épilepsie	oui	non	Date
Migraines	oui	non	Date
Trouble du comportement alimentaire	oui	non	Date
Dépression	oui	non	Date
<u>Autres (précisez)</u>			

<b>Maladies de la peau</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			
<b>Affections rénales</b>	oui	non	Date
Malformation congénitale	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			
Infections urinaires	oui	non	Date
Pyélonéphrite	oui	non	Date
Colique néphrétique	oui	non	Date
<u>Autres (précisez)</u>			
<b>Affections de l'appareil génital et des seins</b>	oui	non	Date
Appareil génital féminin	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			
Seins	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			
Appareil génital masculin	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			
<b>Maladies métaboliques et endocriniennes</b>	oui	non	Date
Affection de la thyroïde (précisez)	oui	non	Date
Diabète (précisez)	oui	non	Date
<u>Autres (précisez)</u>			
<b>Affections de la colonne vertébrale</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			
<b>Affections des membres supérieurs</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			
<b>Affections des membres inférieurs</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			
<b>Affections de la sphère ORL</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			
Déficit auditif droit - gauche ou bilatéral			
<u>Autres (précisez)</u>			
<b>Affection des yeux et de la vision</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			

<b>Port de prothèse</b>	oui	non	Date
Lunettes	oui	non	Date
Lentilles	oui	non	Date
Appareil auditif	oui	non	Date
Valves cardiaques	oui	non	Date
vasculaires	oui	non	Date
<b>Prothèses articulaires</b>	oui	non	Date
<u>Autres (précisez)</u>			

## TRAUMATOLOGIE

<b>Traumatisme crânien</b>	avec perte de connaissance	oui	non	Date
	sans perte de connaissance	oui	non	Date
<u>Autres (précisez)</u>				

<b>Fractures</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			

<b>Entorses</b>	oui	non	Date
<u>Précisez</u>			

## ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

<b>Avez-vous été hospitalisé (e)</b>	oui	non	Date
<b>Avez-vous été transfusé (e)</b>	oui	non	Date
<b>Interventions chirurgicales</b>	oui	non	Date
<u>Précisez la localisation</u>			

## Traitement en cours y compris CONTRACEPTION

NOM & POSOLOGIE DU MEDICAMENT	PRESCRIT DEPUIS
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-



## INFORMATIONS RELATIVES A L'IMMUNISATION ET A LA VACCINATION

### Concernant la COVID-19

Avez-vous contracté(e) la COVID-19                      oui      non      Date

Avez-vous été vacciné(e) contre la COVID-19                      oui      non

Si oui, avec quel vaccin avez-vous été vacciné (e) et à quelle date ?

Précisez

- 
- 
- 
- 

### Concernant la GRIPPE SAISONNIÈRE

La vaccination contre la grippe saisonnière est **fortement recommandée pour les professionnels de santé**.  
Souhaitez-vous que l'Unité de Médecine Préventive de l'Institut de Formation aux Métiers de la Santé du  
CHU de Montpellier procède à votre vaccination lors de la prochaine campagne de vaccination ?

OUI

NON

**Je soussigné(e) « Nom et prénom de l'étudiant » .....**

**atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans la fiche de renseignements de santé ci-dessus.**

**Fait à**

**Le**

**Signature**

## **UNITE DE MEDECINE PREVENTIVE**

**Dr G. DEVILLE de PERIERE**

Secrétariat : tel 04 67 33 88 40

ifmssecmedecinepreventive@chu-montpellier.fr

**Institut de Formation aux Métiers de la Santé**

1146, avenue du Père Soulas

34295 MONTPELLIER CEDEX 5

### **POUR L'ETUDIANT(E) MINEUR(E)**

#### **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE OU SOINS D'URGENCE**

Je soussigné(e) :

Demeurant à :

agissant en qualité de :

**déclare consentir à ce que soient pratiqués sur : .....**

**toute intervention chirurgicale ou soins d'urgence.**

Fait à

Le

Signature du représentant légal de l'étudiant(e) mineur(e)