

**Dr Nathalie BERTHET-LACOUR**  
**Médecin du Travail**

-----  
Service Interétablissements des  
Hôpitaux de Saône et Loire  
et du Val de Saône  
-----

**RESIDENCE DEPARTEMENTALE**  
**D'ACCUEIL ET DE SOINS**  
Rue Jean Bouvet - 71018 MACON cedex  
Tél : 03-85-21-60-43

**Destinataires : ELEVES IFSI et IFAS**

## **PRESENTATION DU SERVICE DE MEDECINE DU TRAVAIL**

Madame, Monsieur,  
Vous allez intégrer l'IFSI ou l'école AS à la rentrée prochaine.  
Le service de Médecine du Travail assurera votre suivi durant la scolarité.  
Tout au long de votre scolarité, nous sommes à votre écoute et à votre disposition pour toutes questions.  
Seuls les **élèves infirmiers** seront convoqués à une visite médicale durant leur 1<sup>ère</sup> année.

Notre secrétariat est ouvert : Lundi mardi et jeudi : 8h -12h15 et 13h-16h30  
Vendredi : 8h-12h15 et 13h-16h

### **Situation Géographique : Infos pratiques**

- La rue Jean Bouvet est une impasse perpendiculaire à la rue de l'Héritan, elle se situe en face du 35 TER RUE DE L'HERITAN (UDAF) et à côté de la MJC de l'Héritan.
- selon GPS saisir "rue" ou "impasse" Jean Bouvet et s'il ne trouve pas saisir "35 ter rue de l'héritan"
- Nous sommes à proximité du Conseil Général, Collège Pasteur, Lycée Lamartine, l'Hôtel Dieu.
- La RDAS se situe au fond de l'impasse, un parking est à disposition des agents à l'intérieur du site.
- **Le cabinet de Médecine du Travail se trouve dans le bâtiment derrière la Chapelle au 2<sup>ème</sup> étage (en face de l'administration).**

*Si vous vous égarez vous pouvez nous téléphoner : ne pas demander la médecine du travail car certains agents sont orientés par erreur vers MT71.*



**Dr Nathalie BERTHET-LACOUR**  
**Médecin du Travail**

-----  
Service Interétablissements des  
Hôpitaux de Saône et Loire  
et du Val de Saône

-----  
**RESIDENCE DEPARTEMENTALE**  
**D'ACCUEIL ET DE SOINS**  
Rue Jean Bouvet - 71018 MACON cedex  
Tél : 03-85-21-60-43

**DOSSIER MEDICAL DE .....**  
**(inscrire vos nom et prénoms EN MAJUSCULE)**

Elève infirmier

Elève AS

**Cette feuille est à coller sur une enveloppe grand format (23X32)**  
**que vous retournerez complète au bureau administratif de l'IFSI qui**  
**nous la transmettra.**

**Les documents suivants remplis et rangés dans l'ordre ci-dessous seront mis dans cette enveloppe en cochant la liste ci-dessous:**

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

CERTIFICAT MEDICAL REMPLI PAR LE MEDECIN AGREE comportant au recto son avis au verso le récapitulatif des vaccins.

LA PHOTOCOPIE DE TOUTES LES PAGES RELATIVES A VOS VACCINS DE VOTRE CARNET DE SANTE OU CARNET DE VACCINATION.

LA COPIE DU RESULTAT DU LABORATOIRE CONCERNANT LA SEROLOGIE HEPATITE B.

LA COPIE DU RESULTAT DU LABORATOIRE CONCERNANT LA SEROLOGIE VARICELLE ou ROUGEOLE si vous l'avez réalisée.

LE COMPTE-RENDU ECRIT DE LA RADIO PULMONAIRE si vous en avez une.

**ATTENTION ! Le dossier doit être complet sinon il vous sera retourné et vous ne pourrez pas faire votre premier stage.**



Service interétablissements des Hôpitaux  
de Saône-et-Loire et du Val de Saône  
Résidence Départementale d'Accueil et de soins  
Rue Jean Bouvet – 71018 MACON CEDEX  
Tél : 03-85-21-60-43

**1<sup>ère</sup> VISITE**  
**MEDECINE DU TRAVAIL**

Veuillez compléter et retourner cette fiche de renseignements, ainsi qu'une copie des **pages vaccinations de votre carnet de santé (même ancien) ou de vaccinations, à jour des vaccins obligatoires** comme indiqué sur la feuille qui vous a été remise par l'IFSI/IFAS.

**Ces renseignements sont confidentiels et ne doivent être remis qu'au médecin du travail.**

**Nom de naissance (en majuscules) :**

**Nom marital :**

**Prénom :**

Né(e) le :

à :

Adresse complète :

N° de téléphone :

Adresse mail :

**Entrée Formation :  IFSI ou  IFAS**

**En cas de formation professionnelle merci de nous préciser votre :**

**Etablissement d'origine :**

**Fonction :**

**Parcours professionnel :**

Emplois précédents/ ou formations, études... :

emplois précédents / diplômes obtenus ou études en cours	employeur / organisme formation

Dernière visite médicale de médecine du travail : (date et service)

Avez-vous déjà eu des restrictions ou une inaptitude sur un poste de travail antérieur : Oui

Non

Si oui, précisez : .....

## Vie personnelle

Situation familiale : Célibataire  Marié(e)°  Concubin(e)  Pacsé(e)

Enfants : prénoms et date de naissance :

-  
-  
-

Temps de trajet domicile-travail : .....

## Santé :

### Antécédents familiaux :

Veillez indiquer les affections dont souffrent éventuellement les membres de votre famille (maladies, hypertension artérielle, diabète, cholestérol, etc...)

Père :

Mère :

Frères – sœurs :

Enfants :

### Antécédents personnels :

Poids : .....

Taille : .....

Etes-vous actuellement enceinte ?

Oui

Non

Allaitez-vous ?

Oui

Non

Etes-vous reconnu travailleur handicapé ?

Oui

Non

Avez-vous ou avez-vous eu dans votre vie des maladies ou des problèmes de santé ? Oui  Non

Lesquels ?

### Maladies Infectieuses

Rougeole

Varicelle

Coqueluche

Hépatite

Rubéole

Oreillons

Autres : .....

Interventions chirurgicales : Indiquez la date et la nature des interventions chirurgicales

-  
-  
-  
-  
-

Accidents : (Trauma crânien, fractures, etc...) : Indiquez la date et localisation.

-  
--

Nez-gorge-oreilles : avez-vous des problèmes O.R.L. (surdité, vertiges, etc...) ? Oui  Non   
Si oui, lesquels : .....

Yeux : portez-vous des lunettes ? Oui  Non   
Pour quelle pathologie : Myopie  Hypermétropie  Astigmatie  Presbytie  Autre : .....  
Acuité visuelle : Œil droit : ..... Œil gauche : .....

Avez-vous des problèmes cutanés : allergies à des produits, eczéma, urticaire, etc... : Oui  Non   
Si oui, lesquels : .....

Os-Articulation : avez-vous d j à eu

- mal au dos Oui  Non   
Si oui : nature de la lésion et/ou localisation : .....
- une névralgie cervico-brachiale Oui  Non
- des douleurs d'épaule Oui  Non   
Si oui : nature de la lésion: .....
- autres, précisez : .....

Appareil respiratoire : avez-vous d j à eu des problèmes respiratoires (asthme, bronchite, ...) ?  
Si oui, lesquels : ..... Oui  Non

Avez-vous de l'HTA ? Oui  Non   
Avez-vous un souffle cardiaque ? Oui  Non   
Avez-vous d'autres problèmes cardiaques ? Oui  Non   
Si oui, lesquels : .....

Avez-vous des problèmes de l'appareil digestif (estomac, foie, intestin, etc...)? Oui  Non   
Si oui, lesquels : .....

Avez-vous d j à fait une dépression ? Oui  Non   
Avez-vous d j à eu des maladies psychiatriques ? Oui  Non   
Si oui, lesquelles : .....

Etes-vous diabétique ? Oui  Non

Avez-vous une sclérose en plaque ? Oui  Non   
Avez-vous d j à fait des crises d'épilepsie ? Oui  Non   
Avez-vous d j à eu des maladies neurologiques ? Oui  Non   
Si oui, lesquelles ? .....

Avez-vous des problèmes gynécologiques ? Oui  Non   
Si oui, lesquels ? .....

Avez-vous des maladies hématologiques (maladies du sang) ? Oui  Non   
Si oui, lesquelles ? .....

Avez-vous des maladies rénales (calculs, insuffisance rénale, autre...) ?  
Si oui, lesquelles ? .....

Oui

Non

**Habitudes de vie :**

Prenez-vous régulièrement des médicaments (y compris contraceptifs) ?  
Si oui, lesquels ? ....

Oui

Non

Fumez-vous ?

Oui

Non

Si oui, combien de cigarettes par jour ? ..... ou cigarette électronique

A combien estimez-vous votre consommation d'alcool ?

Jamais

1 fois/mois ou moins

2 à 4 fois/mois

2 à 3 fois/semaine

4 fois ou plus/semaine

Quel(s) type(s) d'alcool buvez-vous ?

Vin

Bière

Alcool fort (whisky, autre...)

Etes-vous consommateur d'autres produits (cannabis, amphétamines, etc...) :  
Si oui, lesquels :

Oui

Non

Pratiquez-vous une activité physique régulière :  
Si oui, laquelle :

Oui

Non

**COVID-19**

Avez-vous eu la maladie Covid-19 ?

Oui

Non

Si oui, à quelle date : .....

Avez-vous été vacciné(e) ?

Oui

Non

Si oui :

1<sup>ère</sup> dose : Nom du vaccin.....

Date : .....

2<sup>ème</sup> dose : Nom du vaccin.....

Date : .....

3<sup>ème</sup> dose : Nom du vaccin.....

Date : .....

Rappel : Nom du vaccin.....

Date : .....

Je certifie exactes les données mentionnées dans ce document,

Date :

Signature :

Résidence Départementale d'Accueil et de Soins  
Rue Jean Bouvet 71018 MACON CEDEX  
Tél : 03-85-21-60-43

## VACCINATIONS (et RADIO PULMONAIRE)

Vous allez intégrer l'IFSI ou l'IFAS. Travailler dans un hôpital impose des **obligations réglementaires en matière de vaccinations** pour vous protéger contre certaines maladies (Article L3111-4 du code de la santé publique – loi du 18 janvier 1991).

**Vous devez vous faire vacciner AVANT d'entrer à l'école.**

**Vous ne pourrez pas réaliser vos stages si vous n'êtes pas à jour de vos vaccinations.**

**Les élèves infirmiers seront convoqués à une visite médicale lors de la 1<sup>ère</sup> année de leur cursus.**

**Lors de cette visite médicale, apportez votre carnet de santé (même très ancien) ou carnet de vaccinations à jour des vaccins obligatoires.**

En cas de grossesse, vos vaccinations seront étudiées par le médecin du travail lors de votre visite.

### VACCINS OBLIGATOIRES :

#### 1) Vaccin diphtérie tétanos poliomyélite (DTPolio) :

Les rappels sont effectués à âge fixe à 25, 45, 65 ans mais peuvent varier en fonction du dernier rappel. Votre médecin adaptera ce schéma selon les recommandations en vigueur.

Il est *recommandé* de réaliser la coqueluche avec le rappel DTP (cf chapitre coqueluche)

#### 2) Hépatite B

VACCINATION OBLIGATOIRE – article L3111-4 du Code de Santé Publique.

**Vaccination à commencer impérativement AVANT l'entrée à l'IFSI ou IFAS (au moins la première injection).**

Schéma vaccinal : 2 injections à 1 mois d'intervalle puis rappel à 6 mois.

Selon l'arrêté du 02 août 2013, vous devez réaliser une sérologie hépatite B comportant anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc un mois après un schéma vaccinal complet (c'est-à-dire les 3 vaccins).

Si le vaccin hépatite B est momentanément non disponible en pharmacie de ville, vous pouvez solliciter le service de santé au travail.

*Les vaccins contre l'hépatite B et le DTP (avec coqueluche) peuvent se faire dans le même temps, en changeant d'épaule.*

*En cas de contre-indication à l'un de ces vaccins obligatoires, votre cas sera examiné en toute confidentialité par le médecin du travail.*

#### 3) BCG contre la tuberculose :

- Vaccination par le BCG : l'obligation de cette vaccination en milieu de soins est levée depuis le 01-04-2019.

**Ne pas refaire de vaccination BCG ni de test tuberculinique.**

Vous devez tout de même nous apporter vos antécédents de vaccination contre le BCG ainsi que les tests à la tuberculine (Monotest, IDR, Tubertest) notés dans votre carnet de santé.

## **VACCINS RECOMMANDÉS :**

### **1- Coqueluche (DTCaPolio):**

Il est vivement conseillé d'associer le vaccin de la coqueluche au DTPolio pour tous les personnels soignants des établissements de santé, et en priorité pour les personnels au contact de nourrissons de moins de 6 mois.

Les étudiants non antérieurement vaccinés contre la coqueluche ou n'ayant pas reçu de vaccin coquelucheux depuis l'âge de 18 ans et dont le dernier rappel date de plus de 5 ans recevront une dose de vaccin DTCaPolio en respectant un délai minimal d'un mois au moins par rapport au dernier vaccin DTPolio.

A répéter à l'occasion des rappels DTP à 25, 45 et 65 ans.

Après une coqueluche, l'immunité naturelle est limitée dans le temps. Une nouvelle dose de vaccin est recommandée 10 ans après la maladie coquelucheuse.

### **2- Rougeole:**

Il est vivement recommandé que les soignants soient protégés vis-à-vis de la maladie.

<b>Différentes situations vis-à-vis de la rougeole</b>	<b>Recommandation</b>
Vous avez eu la rougeole ou reçu 2 doses de vaccins (ROUVAX, ROR, MMR VAX PRO, PRIORIX)	il n'y a rien de plus à faire, vous êtes protégé
Vous êtes né en 1980 ou après, non vacciné ou sans antécédent connu de rougeole	2 doses de vaccin à 1 mois d'intervalle
Vous êtes né en 1980 ou après, ayant reçu une seule dose de vaccin et sans antécédent connu de rougeole	1 dose de rattrapage de vaccin
Vous êtes professionnel de santé né avant 1980 non vacciné et sans antécédent connu de rougeole	1 dose de vaccin

### **3- Varicelle**

Il est recommandé que les élèves connaissent leur antécédent concernant la varicelle.

Si vous pensez ne pas avoir eu la varicelle, il est conseillé de faire une sérologie varicelle.

### **4- Covid-19 :**

La vaccination contre la Covid-19 n'est plus obligatoire mais fortement recommandée pour l'ensemble des professionnels de santé.

## **RADIOGRAPHIE PULMONAIRE :**

Si vous possédez une radiographie pulmonaire même ancienne, joignez-la au dossier médical, si non ne pas la faire.

**CERTIFICAT MEDICAL**

"A faire signer impérativement par un médecin agréé du département dont vous trouverez la liste sur internet : <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/medecins-agrees-12> "

Je soussigné(e) Docteur (nom du médecin)

.....  
.....

Certifie que (Nom – prénom – date de naissance)

.....  
.....

Présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'entrée des écoles IFSI\* ou IFAS\*

*\*rayer la mention inutile*

Fait le .....à.....

Cachet et signature

Tournez SVP→

## RELEVÉ DE VACCINATIONS

A remplir par le médecin agréé au regard de la fiche "vaccinations et radio pulmonaire "

**NOM PRENOM DE L'ELEVE :**

**DTPolio + coqueluche :** (rappel à faire à l'entrée IFSI-IFAS si le dernier rappel date de l'âge de 11/13 ans)

Nom des vaccins et date des 2 derniers rappels

-  
-

**BCG :**

Nom et date (même ancienne)

**IDR / Intra Dermo Réaction à la Tuberculine : Ne pas refaire de test**

Indiquer la date et le résultat (induration en mm) de ceux déjà réalisés :

**Hépatite B :**

Noms et dates des vaccins :

-  
-  
-

Date et résultat du dosage des Ac anti-HBs + des anticorps anti-HBc si AcHBs <100UI/L (après schéma vaccinal complet) :

**Rougeole :**

Antécédent de maladie dans l'enfance :    oui             non

Ou Vaccination : date et nom des 2 vaccins :

-  
-

**Varicelle :**

Antécédent de maladie dans l'enfance :    oui             non

Résultat de sérologie si réalisée :

Si antécédent de vaccination : Nom et date des vaccins :

-  
-

**Covid-19 :**

Si oui : 1<sup>ère</sup> dose : Nom du Vaccin:..... Date :.....

2<sup>ème</sup> dose : Nom du Vaccin:..... Date .....

3<sup>ème</sup> dose : Nom du Vaccin:..... Date .....

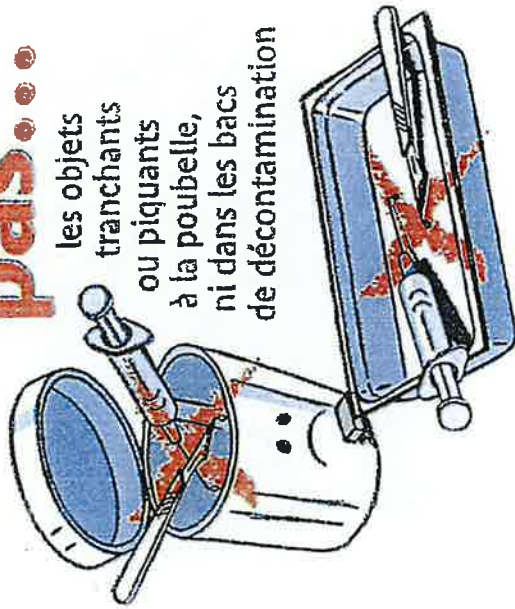
Autre rappel : Nom du Vaccin:..... Date .....

Date(s) maladie Covid :.....

Fait le .....à.....

Cachet et signature

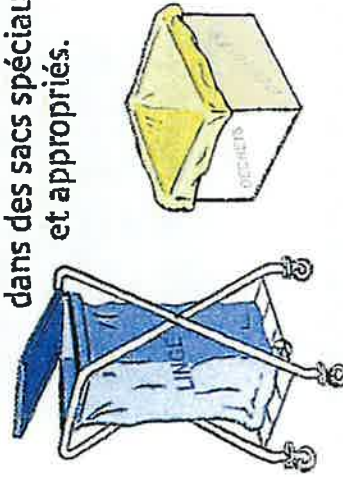
## Je ne mets pas...



les objets tranchants ou piquants à la poubelle, ni dans les bacs de décontamination

## Je mets...

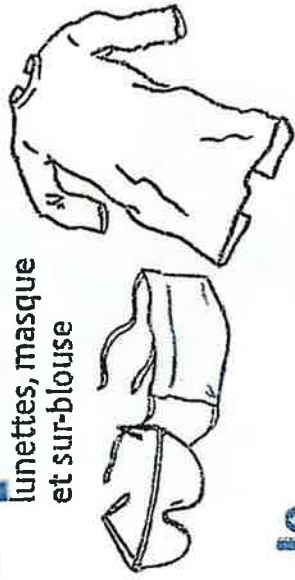
le linge et tous les autres déchets souillés dans des sacs spéciaux et appropriés.



Pour tout risque de projection,

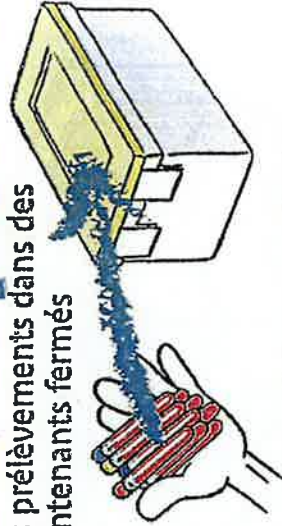
## je porte...

lunettes, masque et sur-blouse



## Je transporte

les prélèvements dans des contenants fermés



## En cas d'accident, immédiatement:

- Prévenir l'infirmière du service
- Désinfecter suivant le protocole du service
- Déclarer l'accident de travail à l'IFSI dans les 24 heures.

Un accident du travail à ne pas négliger:

# L'Accident par Exposition au Sang

- Février 2002 -

Votre travail vous expose au risque d'un contact avec du sang ou avec un liquide biologique en contenant (urines, vomissements...)?

## Attention!

Ce type d'accident vous concerne en cas

- ▶ de blessure (piqûre, coupure...)
- ▶ de projection dans les yeux ou sur votre peau lésée,

et vous expose au risque de contamination aux hépatites B, C et au SIDA.



# Pour éviter l'accident, en toutes circonstances, j'applique les précautions standard

## Je porte les gants



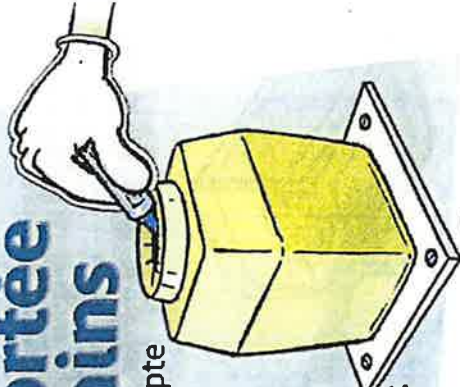
- lors du contact avec les liquides biologiques,
- lors de l'utilisation de matériel piquant ou tranchant.

## Toute plaie est protégée

avec un pansement  
et un gant.

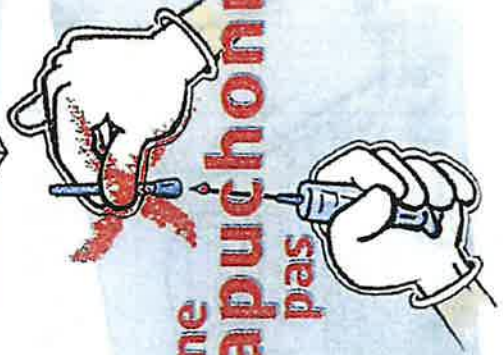


## Le conteneur adapté et fixé est à portée de mains



- je ne désadapte jamais avec les mains,
- j'utilise une pince ou l'encoche du conteneur.

## Je ne recapuchonne pas



## Attention à la deuxième main



- la vôtre,
- celle de l'autre

UNE MAIN PEUT  
EN CACHER UNE AUTRE



## Je respecte le niveau de remplissage

## Je ne laisse pas traîner...

les objets  
piquants ou  
tranchants.



**Docteur Nathalie BERTHET-LACOUR**  
Médecin du Travail

Mâcon, le 23 juin 2015

Annule et remplace la version du 19-04-2012

-----  
Service interétablissements des Hôpitaux  
de Saône-et-Loire et du Val de Saône

-----  
Résidence Départementale d'Accueil et de soins  
Rue Jean Bouvet - 71018 MACON cedex  
Tél : 03-85-21-60-43

## **Informations sur le port de chaussures adaptées au travail en milieu hospitalier, sanitaire et social**

Les études ergonomiques ont démontré que, suivant le type de service, les personnels parcouraient 4 à 17 km/jour ! De plus il s'agit de la première cause d'accident du travail. Il est donc logique de se préoccuper des chaussures de travail.

Nous vous conseillons le port de chaussures fermées ou semi ouvertes respectant les normes en travail hospitalier pour travailler dans les services.

Les chaussures achetées sur catalogue professionnel ou dans les magasins spécialisés sont adaptées au travail en milieu hospitalier à condition d'exiger un coefficient de frottement >0.15 =Norme SRC: qualité antidérapante.

Lors du port de sabots il est nécessaire de mettre la lanière à l'arrière du talon pour maintenir le pied.

Un talon de 3cm est préférable à des semelles totalement plates.

Les chaussures de type "running" sont les mieux adaptées (éviter type "Converse" sans voûte plantaire).

### **1) Pourquoi des chaussures adaptées sont-elles nécessaires ?**

- Eviter le risque de chute sur sol glissant
- Protection du pied contre les chocs (plaies)
- Protection contre les risques d'infections (éclaboussures de liquides souillés ou biologiques)
- Protection contre la projection de liquides chauds et/ou de produits chimiques (risques d'irritations, de brûlures).
- Maintien du talon, évite entorse ligamentaire et protection du tendon d'Achille.

### **2) Intérêt d'une semelle qui respecte la voûte plantaire physiologique :**

- Meilleur maintien du dos, moins de douleurs lombaires.
- Meilleur retour veineux : diminution de l'insuffisance veineuse par stimulation de la circulation sanguine (varices à long terme).

