

## Dossier médical scolaire : D4

A remettre pour le 15 septembre au plus tard

### Checklist : documents à compléter par le médecin :

- Certificat médical d'aptitude pour aller en stage
- Fiche médicale
- Demande de dosage anticorps hépatite A, B
- Carnet actualisé de vaccinations

#### IMPORTANT :

Pour le jour de la rentrée scolaire, les élèves doivent être en ordre de vaccination en ce qui concerne :

- La poliomyélite
- La diphtérie
- Le tétanos
- La vaccination contre l'hépatite A et B ou seulement contre l'hépatite B (trois doses). Si celle-ci n'a pas encore été entamée, un document (jaune) du Fonds des Maladies Professionnelles (511F-513F) vous sera donné à remplir pour obtenir la gratuité de cette vaccination

La vaccination contre la rubéole est vivement conseillée

### Checklist : documents à fournir à la coordination :

- Extrait de casier judiciaire (modèle 2), uniquement pour les élèves majeurs
- Certificat médical d'aptitude pour aller en stage
- Fiche médicale

### Checklist : documents à fournir à la visite médicale MENSURA :

- Questionnaire médical Mensura
- Carnet de vaccination
- Résultat du dosage des anticorps Hépatite A, B



**Dossier médical incomplet = pas d'accès en stage**



Nom :

Prénom :

Option :

Année académique

## Certificat médical d'aptitude – médecin traitant

Veuillez faire compléter le certificat ci-dessous par **votre médecin** et le remettre à la coordination de stage **au plus tard le 15 septembre**.

Je soussigné(e), Docteur en Médecine, certifie avoir personnellement examiné .....

et ne lui avoir décelé aucune pathologie durable susceptible de compromettre l'accomplissement normal des stages prévus au cours de ses études, de s'aggraver à cette occasion ou de mettre en danger la sécurité des personnes qu'il/elle sera amené(e) à fréquenter sur les lieux de leur déroulement\* :

- En puériculture
- En Aide Familial
- En Agent Médico-Social
- En Infirmier Hospitalier Breveté

\*barrer les mentions inutiles

Et certifie que mon (ma) patient(e) est en ordre de vaccination :

Vaccins	Date	Date	Date	Date
Poliomyélite				
Tétanos				
Diphtérie				
Hépatite A*				
Hépatite B*				
Rubéole				

Fait à Bruxelles, le

Signature et cachet du médecin



\*Dans le cadre de la surveillance de la santé au travail des stagiaires dans le secteur de la santé ou de la puériculture, nous vous demandons de réaliser un **dosage d'anticorps surface de l'hépatite B et un dosage IgG de l'hépatite A** afin d'assurer le suivi de la vaccination. Nous vous demandons de transmettre le résultat de ce dosage à l'étudiant.



Nom :

Prénom :

Option :

Année académique

## Fiche médicale – médecin traitant

Veillez faire compléter la fiche médicale ci-dessous par **votre médecin** et la remettre à la coordination de stage **au plus tard le 15 septembre**.

L'élève présente-t-il une allergie médicamenteuse ?  oui  non

Si oui, précisez :

.....

L'élève présente-t-il une allergie alimentaire ?  oui  non

Si oui, précisez :

.....

L'élève présente-t-il une contre-indication à la prise d'iode stable ? (Dans le cadre du plan d'urgence fédéral nucléaire) ?  oui  non

L'élève prend-t-il régulièrement un traitement (homéopathie y compris) ?  oui  non

Si oui, quel est le problème médical connu ou supposé de l'élève ?

.....

.....

Renseignez ici le traitement, en ceux compris homéopathique, que l'élève peut être amené à prendre au sein de l'école ?

Nom du traitement Voie d'administration	Posologie	Fréquence de prise, horaires	Surveillance à adopter



Nom :

Prénom :

Option :

Année académique

**Aménagements nécessaires et raisonnables en fonction des besoins médicaux spécifiques de l'élève :**

.....  
.....  
.....  
.....

**Liste des médicaments devant être conservés à l'école :**

.....  
.....  
.....  
.....

Fait à Bruxelles, le

Signature et cachet du médecin

**Cadre réservé à l'administration de l'école**

Avis au PMS / PSE :  oui  non

Personne de contact : .....

Avis au titulaire de classe :  oui  non

Personne de contact : .....

Encodage Pro-éco :

Fait par : .....

Date : ...../...../.....



Nom :

Prénom :

Option :

Année académique

## Questionnaire médical – Mensura

Veillez faire compléter le questionnaire et le remettre lors de la visite médicale Mensura, avec  votre dosage anticorps Hépatite A,B.



Nom:

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de registre national (NISS) :

Adresse :

Numéro téléphone :

**Avez-vous eu des maladies graves? (accident, opération, hospitalisation,...)**  oui  non

Si oui, indiquez quelle maladie, opération, quel accident,... ci-dessous :

.....  
.....

**Etes –vous allergique?**  oui  non

Si oui, à quoi? .....

**Avez-vous une allergie au latex?**  oui  non

**Avez-vous une maladie de la peau?**  oui  non

Si oui, laquelle?.....

**Avez-vous des lésions au niveau de vos mains?**  oui  non

Si oui, quelle en est la cause?.....

**Avez-vous une pathologie de dos?**  oui  non

Si oui, laquelle?.....

**Avez-vous des problèmes de dos pour l’instant?**  oui  non

**Avez-vous des douleurs articulaires et/ou musculaires?**  oui  non

Si oui, lesquels? .....



Nom :

Prénom :

Option :

Année académique

**Avez-vous eu la rubéole pendant votre enfance**  oui  non

Ou êtes-vous vacciné ? .....

**Etes-vous déjà vacciné contre l'hépatite A et/ou B?**  oui  non

Si oui, mentionnez toutes les dates de vaccination et apportez le protocole labo avec le résultat des anticorps .....

**Quand avez-vous eu la dernière vaccination contre le tétanos (boostrix)?**.....

**Avez-vous eu la tuberculose dans le passé?**  oui  non

**Si vous avez déjà subi un test tuberculique/intradermo, y avait-il une réaction?**

oui  non

**Etes-vous enceinte?**  oui  non

**Avez-vous un traitement avec des médicaments qui sont immunodépresseurs?**

oui  non

Le soussigné déclare avoir rempli le questionnaire sur l'honneur

Date:

Signature:

**VEUILLEZ EMPORTER CE QUESTIONNAIRE POUR L'EXAMEN MEDICAL, VOTRE CARNET DE VACCINATION, AINSI QUE VOTRE DOSAGE ANTICORPS HEPATITE A,B.**

**N'OUBLIEZ PAS VOS LUNETTES ET LENTILLES**

**ATTENTION : LA VISITE MEDICALE EST OBLIGATOIRE POUR PERMETTRE L'ACCES EN STAGE**

*(\*) Vos données seront traitées de manière strictement confidentielle et font partie de la surveillance médicale préventive et du bien-être des travailleurs dans le cadre de la Loi sur le bien-être et ses arrêtés d'exécution repris*