



## Médecine des Écoles

Dr Parreira – Dr Ferreira – Dr N'guessan — IDE Lauradoux Janine  
 Santé Travail Environnement - 58 Rue Montalembert - 63000 Clermont Ferrand  
 ☎ 04 73 75 18 45 ✉ medecinedesecoles@chu-clermontferrand.fr

### Questionnaire confidentiel de santé auto déclaré

Nom usuel ..... Prénom.....  
 Nom de naissance .....  
 Date de naissance ..... Age .....  
 Téléphone ..... E-mail.....  
 Adresse postale .....

*Mettre une croix si vous avez à répondre par oui*

#### AVEZ-VOUS, OU AVEZ-VOUS EU :

**Maladie cardiaque** : HTA .....Autres.....ECG.....  
**Maladie pulmonaire/ORL** : Asthme.....Tuberculose.....Otite/sinusite.....Autres.....  
**Affection ophtalmologique** : Troubles oculaires.....Corrections.....Autres.....  
**Maladie appareil digestif** : Rectocolite hémorragique .....Crohn .....Hernie.....Autres.....  
**Maladie appareil urinaire** : Infections urinaires répétées.....Coliques néphrétiques.....Autres.....  
**Maladie appareil locomoteur** : Affection colonne vertébrale.....Rhumatisme/tendinopathie .....  
 Hernie discale.....Autres.....  
**Maladie neurologique** : Epilepsie.....EEG.....  
**Endocrinologie** : Diabète.....Troubles thyroïdiens.....Autres.....  
**Allergies spécifiques** : Médicamenteuse.....Latex.....Alimentaire.....  
 Métaux.....Allergie saisonnière.....Autres.....  
**Affection dermatologique** : Eczéma.....Autres.....  
**Troubles de l'apprentissage** (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie ou autre) .....

**AUTRES MALADIES**.....

#### SUIVEZ-VOUS :

Un traitement médical.....Un traitement contraceptif.....  
 Avez-vous un suivi spécialisé.....

#### AVEZ-VOUS ETE :

Accidenté.....Opéré (anesthésie générale).....  
 Hospitalisé.....

#### VOTRE ETAT VOUS REND-T-IL INTOLERANT:

Aux bruits .....  
 Aux produits chimiques.....Aux odeurs.....  
 Aux poussières.....  
 Au travail de nuit.....  
 Autres.....

#### AVEZ-VOUS DEJA TRAVAILLE :

En horaire alterné.....Sur un poste de nuit.....  
 En contact avec de l'Amiante.....Soumis aux rayons ionisants.....

*Je prends note que le fait d'avoir une contre-indication aux vaccinations obligatoires rend impossible mon admission au CHU. Je certifie sur l'honneur avoir consigné intégralement et exactement tous les renseignements concernant mon état de santé. Dans le cas contraire, je reconnaîtrai avoir entravé la mission du médecin.*

Date.....Signature .....



## Médecine des Écoles

Dr Parreira – Dr Ferreira – Dr N'guessan — IDE Lauradoux Janine  
 Santé Travail Environnement - 58 Rue Montalembert - 63000 Clermont Ferrand  
 ☎ 04 73 75 18 45 📧 medecinedesecoles@chu-clermontferrand.fr

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(À nous fournir complétée et signée par votre médecin traitant)

Nom:

Prénom :

Date de naissance :

- **Vaccination DTP-Coqueluche**

Selon recommandations du [calendrier vaccinal 2024](#), établi par Santé publique France

Date :

Nom du Dernier rappel :

- **Vaccination hépatite B**

Minimum de 3 doses obligatoires, cf [arrêté du 02/08/2013](#).

Dose	Date	Nom vaccin	Dose	Date	Nom vaccin
1 <sup>ère</sup>			4 <sup>ème</sup>		
2 <sup>ème</sup>			5 <sup>ème</sup>		
3 <sup>ème</sup>			6 <sup>ème</sup>		

- **Preuve d'immunité à l'hépatite B**

Dosage obligatoire des anticorps anti-HBs, comme stipulé par l'[arrêté du 02/08/2013](#). Résultat à fournir lors de la visite médicale. Le départ en stage est conditionné par l'acquisition d'immunité à l'hépatite B.

Date:

Anticorps anti-HBs:  UI/L

- **Vaccination ROR** 2 doses de vaccin trivalent ROR sont fortement recommandées

- **Numération Formule Sanguine (NFS)** datant de moins d'un an. Résultats à fournir lors de la visite médicale.

Fait à , le

Signature et cachet du médecin traitant

Tableau I - Algorithme de contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'[article L.311-4](#) du CSP et dont les conditions sont fixées par l'[arrêté du 02/08/2013](#).

ATTESTATION MEDICALE		DOSAGES COMPLEMENTAIRES A FAIRE		IMMUNISATION	CAT
Anticorps antiHBs	Vaccination	Anticorps antiHBc	Antigène HBs		
> 100	Vaccination complète ou pas de preuve de vaccination ou antécédent de vaccination incomplète	Inutile	Inutile	Immunisé	RAS
Entre 10 et 100	Vaccination complète	Négatif	Inutile	Immunisé	RAS
Entre 10 et 100	Pas de preuve de vaccination Ou antécédent de vaccination incomplète	Négatif	Inutile	Non immunisé	Vaccinations à réaliser ou à compléter sans prévoir de redosage des antiHBs
Entre 10 et 100	Vaccination complète Ou pas de preuve de vaccination Ou antécédent de vaccination incomplète	Positif	Négatif	Immunisé	RAS
Entre 10 et 100	Vaccination complète Ou pas de preuve de vaccination Ou antécédent de vaccination incomplète	Positif	Positif	Infecté	Pas de vaccination Avis spécialisé
< 10	Vaccination complète	Négatif	Inutile	Non immunisé	Un rappel à faire et dosage des antiHBs 6 semaines après chaque injection supplémentaire (jusqu'à immunisation, maxi 6 injections)
< 10	Pas de preuve de vaccination Ou vaccination incomplète	Négatif	Inutile	Non immunisé	Vaccination à réaliser ou à compléter et dosage antiHBs 6 semaines après chaque injection supplémentaire (jusqu'à immunisation, maxi 6 injections)
< 10	Pas de preuve de vaccination Ou vaccination incomplète	Positif	Négatif	Immunisé ou non ?	Avis spécialisé
< 10	Vaccination complète Ou Pas de preuve de vaccination Ou vaccination incomplète	Positif	Positif	Infecté	Pas de vaccination Avis spécialisé

\*Schémas de vaccination : M0, M1 et M6, ou M0, M1, M2 et M12, ou Formule accélérée : J0, J7, J21 et M12

NOM:

Prénom :

Date de naissance :

# Vaccinations



Nom du vaccin et date d'administration. Merci de nous fournir les copies numérisation des pages du Carnet de Santé référentes aux vaccins (exemple [ici](#)).

<b>BCG</b>	<b>DTP – DT COQ Polio</b>	<b>Hépatite B</b>	<b>Typhoïde</b>	<b>Autres</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Rougeole – ROR</b>			<b>Hépatite A</b>	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	

**Maladies Infantiles** (date figurant dans le carnet de santé)

- Varicelle** :
- Rougeole** :
- Rubéole** :
- Oreillons** :

**Sérologies** (dosage et date)

- Anticorps HBs** :
- Anticorps HBc** :
- Antigène HBs** :