



Nom :
Option :

Prénom :
Année académique :

Dossier médical scolaire : D4

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

Certificat médical d'aptitude – médecin traitant



Nom :

Prénom :

Option :

Année académique :

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
médecin

Signature et cachet du

*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.



Dr. D. Singue Kamga –
email : dominique.singuekamga@mensura.be



- tel : 02/549.71.00 –



Nom :

Prénom :

Option :

Année académique :

Fiche médicale – médecin traitant

Veillez faire compléter la fiche médicale ci-dessous par **votre médecin** et la remettre **au plus tard le 10 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
médecin

Signature et cachet du

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*