

DOSSIER MEDICAL

ETUDIANT EN 1^{ère} année de Formation

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de Naissance : Lieu de Naissance :

N° Sécurité Sociale Clé :

VACCINATIONS

L'article L10 du code de la santé rend obligatoire :

Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP) et l'hépatite B

BCG	Dates de vaccination	Vaccins utilisés
1 ^{er} vaccin		
2 ^{ème} vaccin		

Contrôle Tuberculique (Tuber-test)	Date du Tuber-test 5 UI	Réaction (positive ou négative)	Si positive, préciser dimension de la réaction

vaccination	1 ^{ère} Injection	2 ^{ème} Injection	3 ^{ème} Injection	Rappel	Rappel	Rappel
DTP						
ROR						
Coqueluche						
Hépatite B						

	Date	Dosage
Dosage des Anticorps ANTI-HB		
Dosage des Antigènes HBS (Si Ac anti HBs < 100 mUL/ ml)		

EXAMENS MEDICAUX (à joindre au dossier)

Radiographie Pulmonaire (moins de 1 an)

Numération formule sanguine et sérologie Hépatite B (moins de 6 mois)

Consultation ophtalmologique (examen du cristallin à la lampe à fente)

Certificat Médical

Je Soussigné, Docteur _____ atteste que M. _____

- Est apte à suivre la formation de manipulateur en électroradiologie médicale
- Présente une numération formule sanguine normale
- Présente un état oculaire qui est compatible avec l'exercice de cette profession
- A un examen radiologique normal
- Est à jour de ses vaccinations

Fait à _____

Signature et cachet du médecin

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

A compléter par un médecin agréé *

Je soussigné(e), Docteur _____

Médecin agréé certifie que M _____

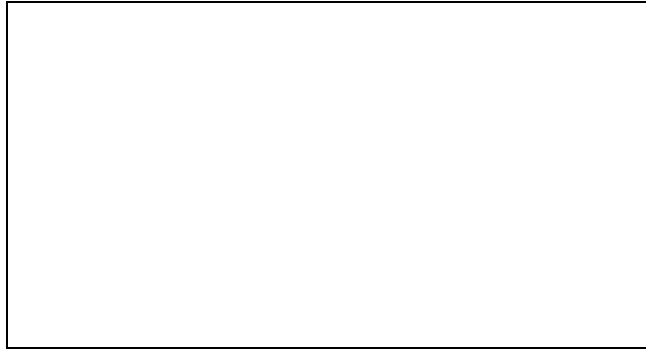
né(e) le _____ à _____

- ❖ présente les aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la profession de Manipulateur en Electroradiologie Médicale
- ❖ présente un état oculaire qui est compatible avec l'exercice de cette même profession
- ❖ présente une numération formule sanguine normale
- ❖ présente un cliché thoracique normal
- ❖ présente une absence de contre-indication à l'utilisation d'appareils d'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et aux radiations ionisantes
- ❖ est immunisé(e) ou en cours d'immunisation (à préciser) contre l'Hépatite B, la diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite
- ❖ a subi une intradermo-réaction et que celle-ci est positive ou que deux tentatives infructueuses de vaccination par le BCG ont été effectuées.

Pour faire valoir ce que de droit

Fait le :

Cachet et signature du Médecin :



*Liste Disponible par l'ARS