



PRÉVENTION ET PROTECTION

Chère étudiante, Cher étudiant,

Dans le cadre de vos études, vous serez amené(e) à effectuer, durant cette année scolaire, des stages en entreprise. A cette fin vous aurez, selon la législation belge ayant trait à la médecine du travail, à passer une visite médicale.

Afin de faciliter le travail de notre collaborateur le jour de cette visite médicale, nous vous remettons des documents à compléter ainsi que les démarches à suivre pour les compléter correctement (« Comment procéder en pratique »).

Mais d'autres documents doivent également être remis :

- ✓ Une sérologie hépatite B : anticorps Anti HBs
- ✓ Une sérologie hépatite A : anticorps igG A
- ✓ Une sérologie RRO : anticorps igG Rougeole-Rubéole
- ✓ une copie de votre carnet de vaccination ou les dates des vaccins (si pas, demander au médecin traitant ou au centre de la visite médicale scolaire), doivent impérativement figurer tétanos – RRO – hépatite – BCG (pour la France)
- ✓ une copie recto/verso de la carte d'identité.
- ✓ Une copie du protocole Rx Thorax pour les français ayant reçus une vaccination de la tuberculose (BCG).

Ces documents sont à remettre à l'école impérativement avant la visite médicale.

Vous remerciant de votre précieuse collaboration, recevez, Chère étudiante, Cher étudiant, nos meilleures salutations et tous nos vœux de succès et de réussite dans vos études.

Les collaborateurs du Cesi



Le médecin du travail et l'infirmière s'octroient la liberté de refuser en visite médicale toute personne dont le dossier médical ne serait pas complet !!!
L'accès au stage pratique pourrait, dans ce cas, vous être refusé !!!

COMMENT PROCEDER EN PRATIQUE ?

1. Compléter le questionnaire médical, vous complétez tout ce que vous savez.

 Merci de compléter l'accord parental (élèves mineurs) car en cas d'absence d'immunité ou d'immunité insuffisante de l'hépatite B, un rappel de vaccination peut alors être administré le jour de la visite médicale.

2. Prendre rendez-vous chez votre médecin traitant pour

Terminer de remplir le questionnaire médical si nécessaire mais principalement pour

➤ les dates de vaccinations :

- anti tétanique-diphtérie-coqueluche
- l'hépatite (A et B)
- RRO
- BCG

➤ et la **sérologie**

(*immunité : Ac anti HBS + igG hépatite A + igG rubéole- rougeole)
le cas échéant, votre médecin vous prescrira une prise de sang pour connaître ces dosages d'anticorps.



Dans le cadre du dépistage de la tuberculose, pour les personnes de nationalité Française*, la demande d'une radiographie du thorax vous sera demandée, merci de prévoir une demande par votre Médecin traitant. Pour les personnes de nationalité Belge, une intradermo réaction sera pratiquée lors de la consultation avec une lecture du test **72 heures après via l'école, le Cesi (en centre ou à l'école) ou le médecin traitant.**

3. Faire une copie

- a. de votre carnet de vaccination ou carnet de santé ;
- b. des résultats de la prise de sang
- c. de votre protocole de la radio thorax*.
- d. de votre carte d'identité

Rq : En cas de perte de la carte de vaccination, votre médecin traitant vous prescrira une prise de sang avec un taux d'anticorps, et constituera alors une preuve d'immunité*.

4. Pour le jour de la visite médicale prévoyez d'être en possession de votre carte d'identité, et vos lunettes si nécessaire pour votre test visuel.

5. Remettre le tout à l'école, dans une enveloppe fermée, avec le nom et la classe de l'élève.



Le médecin du travail et l'infirmière s'octroient la liberté de refuser en visite médicale toute personne dont le dossier médical ne serait pas complet !!!

L'accès au stage pratique pourrait, dans ce cas, vous être refusé !!!

Seul votre dossier médical complet vous donnera accès à un rendez-vous à la médecine du travail !



Questionnaire médical confidentiel

Volet 1/4 : A remplir par l'étudiant

Renseignements administratifs

Nom :Prénom :Sexe : M – F
 Lieu et date de naissance :Nationalité :
 N° de registre national :
 Adresse :N°
 Localité :Code postal :
 Téléphone privé :GSM :
 Mail :@
 Médecin traitant :
 Etablissement scolaire :
 Section

Hygiène de vie

TABAC <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NONcigarettes / jour
ALCOOL <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON àverres / semaine
SPORT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NONàheures / semaine Le(s)quel(s)
Dormez-vous bien ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NONheures / nuit

Antécédents familiaux

	En vie		Décédés	
	Âge	Etat de santé Maladies	Âge décès	Cause du décès
Père				
Mère				
Frères				
Sœurs				



Questionnaire médical confidentiel

Antécédents personnels

1. Avez-vous déjà subi une **intervention chirurgicale** ?

Si oui, laquelle et à quelle date ?.....

.....

2. Quels **accidents, blessures ou traumatismes** avez-vous subis (fractures, douleurs lombaires,) et à quelle date ?

.....

3. Avez-vous ou êtes-vous victime d'une **affection** :

➤ de la peau (eczéma, psoriasis, ...)

➤ du système nerveux (épilepsie, dépression nerveuse, ...)

.....

➤ des yeux (troubles de la vue, glaucome, ...).....

➤ du nez, de la gorge, des oreilles

➤ du système digestif (œsophagite, ulcère à l'estomac, hépatite, ...)

➤ du cœur ou des vaisseaux sanguins (palpitations, hypertension, mauvaise circulation, varices)

➤ du système uro-génital (affection urinaire, gynéco, albumine)

➤ des glandes endocrines (diabète, thyroïde, goitre)

➤ infectieuse (méningite, scarlatine, ...) ou transmissible

➤ du système ostéo-articulaire/musclo-squelettique (dos, genou,...)

➤ autre affection de type chronique

4. Ces dernières années, avez-vous eu d'autres problèmes de santé suite à

○ Contact avec du sang : OUI NON

○ Contact avec une personne infectée (ex. tuberculose) : OUI NON

Si OUI,

→ Description de la situation :.....

.....

→ Quel en a été le suivi ?



Questionnaire médical confidentiel

5. Prenez-vous actuellement des médicaments ? OUI NON

Si oui, lesquels :

Pour les étudiantes : contraceptifs OUI NON Si oui, lequel :

Votre bien-être aux études

De manière générale, avez-vous des remarques ou des plaintes concernant vos études et/ou vos stages ?

.....

.....

.....

.....

.....

Date :

Signature de l'étudiant :



Vaccinations

Très important : Veuillez indiquer la date de la vaccination **et** joindre une copie de la carte de vaccination

	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche OU Diphtérie, Tétanos Obligatoire	Hépatite A	Hépatite B	OU Hépatite A + B	R.R.O
1^{ère} injection			Obligatoire		
2^{ème} injection					
3^{ème} injection					
Rappel					

Immunité

Taux **d'Anticorps HBs** : Prise de sang faite le

Taux **d'Anticorps IgG A** : Prise de sang faite le

Taux **d'Anticorps Rubéole** : Prise de sang faite le

Taux **d'Anticorps Rougeole**: Prise de sang faite le



Joignez les résultats récents d'une prise de sang

Intradermo

Avez-vous déjà eu une intradermo (cuti-réaction) ?

OUI NON NE SAIS PAS

Si oui, Date de l'intradermo :

Y a -t-il eu une réaction ? OUI NON

Si oui, quel en a été le suivi :

.....





Questionnaire médical confidentiel

Volet 3/4 : A remplir par le médecin traitant

Attestation médicale

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie, après l'avoir interrogé et examiné ce jour, que
Mr., Mme., Melle.

- Jouit d'une bonne santé et n'est atteint d'aucune affection susceptible de présenter un danger pour les autre(s) étudiant(e)s
- Ne souffre d'aucun handicap pouvant faire obstacle à l'exercice normal de la profession d'(e)
- Me paraît en possession de toutes les facultés physiques et mentales indispensables pour entreprendre les études d'(e)

Observations et remarques complémentaires :

Fait à, le

Signature du Médecin et cachet



Questionnaire médical confidentiel

Volet 4/4 : A remplir par le parent ou le tuteur légal

Autorisation parentale pour la vaccination d'un enfant mineur

Je soussigné(e).....
domicilié, nr...../boîte.....
code postallocalité

Exerçant l'autorité parentale en tant que : Père – Mère – Tuteur – Tutrice (Barrer les mentions inutiles)
Autorise, par la présente, le CESI à réaliser pour l'enfant :

Nom et prénom
domicilié, nr...../boîte.....
code postallocalité

Toutes les vaccinations obligatoires en vue de son stage pour la section.....

Questionnaire destiné à la vaccination

Votre enfant

OUI	NON
-----	-----

A un problème de santé sérieux qui diminue les défenses de l'organisme (cancer, chimiothérapie, infection à VIH, radiothérapie, cortisone, etc.)

Préciser :
.....

A déjà présenté une réaction allergique grave avec gonflement de la bouche ou de la gorge, difficultés à respirer ou problèmes cardiaques :

Après une vaccination ?		
Après la prise d'un antibiotique ou autre médicament ?		
Après avoir mangé des œufs ?		
Après un contact avec du latex ?		

Date :

Votre signature :