

**Antenne santé**

Avenue de Champel 47 CH- 1206 Genève

***antenne-sante.heds@hesge.ch***

# Rapport médical HEDS

## Admission 2023-2024

*Ce document est à compléter par le médecin et à envoyer exclusivement par voie électronique à l'adresse suivante : [antenne-sante.heds@hesge.ch](mailto:antenne-sante.heds@hesge.ch)*

### Candidat-e :

 Modules Complémentaires Maturité Spécialisée Bachelor : Soins infirmiers Sage-femme Technique en radiologie médicale Nutrition et diététique Physiothérapie autre

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Tél. portable :	Tél. fixe :
Etat civil :	Enfant(s) :
Date de naissance :	Origine :
Occupation antérieure :	Sexe :    M            F            X
Poids :	Taille :

## Mode d'emploi immunitaire

Maladie	Immunité acquise si :
Rougeole	2 doses de vaccin ou sérologie positive
Rubéole	2 doses de vaccin ou sérologie positive
Varicelle	antécédents certains de maladie ou sérologie positive ou deux doses de vaccin
Diphtérie Tétanos Coqueluche	1 rappel de diphtérie-tétanos-coqueluche datant de moins de 10 ans <b>Attention : certain vaccin ne couvre pas la coqueluche (TD-Pur par ex.)</b>
Hépatite B	≥ 3 doses de vaccin <b><u>Et sérologie Anti-HBs Ig ≥ 100 UI *</u></b>  ou 2 doses de vaccin faites entre 11 et 16 ans <b><u>Et sérologie Anti-HBs Ig ≥ 100 UI *</u></b>  <b><u>ou</u></b> ancienne hépatite B guérie (confirmée par sérologie)
Hépatite A Uniquement pour filière diététique	2 doses de vaccin ou sérologie positive

**\*en cas de vaccination supérieure à 5 ans, il est recommandé de faire un rappel de vaccin avant de procéder à la serologie.**

Source : OFSP ; recommandation sur la vaccination contre l'hépatite B (2001).

**Vaccinations - A compléter par le médecin traitant (selon tableau ci-joint)  
Vaccinations ou immunités exigées sur les lieux de stage**

<b>Hépatite B</b>	<p>≥ 3 doses de vaccin <b>Et</b> <b>Sérologie Anti-HBs Ig ≥ 100 UI</b> Merci d'indiquer <u>impérativement</u> les résultats de sérologie et/ou de nous faire parvenir une copie du document remis par le laboratoire</p>	<p>Date de vaccination 1 : Date de vaccination 2 : Date de vaccination 3 : Date de rappel :</p>	<p><b>Date sérologie :</b> _____ <b>Résultat (anti-HBs):</b> _____ UI/L N.B. : si – de 100 UI, merci de faire un rappel de vaccin et une nouvelle sérologie pour confirmer l'immunité</p>
<b>Varicelle</b>	<p>antécédents certains de maladie ou sérologie positive ou 2 doses de vaccin</p>	<p>Date de vaccination 1 : Date de vaccination 2 :</p>	<p>Date de la maladie : Date sérologie : Résultat: positif / négatif</p>
<b>Rubéole</b>	<p>2 doses de vaccin ou sérologie positive</p>	<p>Date de vaccination 1 : Date de vaccination 2 :</p>	<p>Date sérologie : Résultat: positif / négatif</p>
<b>Rougeole</b>	<p>2 doses de vaccin ou sérologie positive</p>	<p>Date de vaccination 1 : Date de vaccination 2 :</p>	<p>Date sérologie : Résultat: positif / négatif</p>
<b>Diphtérie/Tétanos Coqueluche</b>	<p>1 dose de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche datant de moins de 10 ans</p>	<p>Date du dernier vaccin / rappel :</p>	<p><b>Merci de faire un rappel si le dernier a plus de 10 ans</b></p>

**La vaccination de l'hépatite A est exigée seulement pour la filière nutrition diététique**

<b>Hépatite A</b>	<p>2 doses de vaccin ou sérologie positive</p>	<p>Date de vaccination 1: Date de vaccination 2:</p>	<p>Date sérologie : Résultat: positif / négatif</p>
-------------------	--	--	---

**Date, timbre et signature du médecin : .....**



Veillez répondre précisément aux 4 questions suivantes. Votre appréciation nous aidera à entrevoir les problèmes d'adaptation qui pourraient survenir en cours de formation.

1. Depuis quand connaissez-vous cette personne ?
2. Y a-t-il des problèmes d'ordre social ou familial pouvant avoir un impact sur la formation ?
3. Appréciation de l'équilibre psychique :
4. Existe-t-il des problèmes de santé pouvant affecter l'apprentissage ou le déroulement de la formation (troubles de l'apprentissage, déficience auditive, déficience visuelle, TDA-H, trouble du spectre de l'autisme, maladie chronique...) ?

Si oui, merci de joindre le bilan d'une ou d'un logopédiste ou autre professionnel-le de santé spécialisé-e qui nous aidera dans la proposition de mesures adéquates.

5. Commentaires éventuels :

## Préavis médical

D'après l'examen effectué, le-la candidat-e

Nom : ..... Prénom : ..... est :

apte     apte sous réserve     inapte

à accomplir une formation en vue d'une profession dans le domaine de la santé.

Date, timbre et signature du médecin traitant :

.....  
.....

---

**NB :** Ce rapport médical est valable pour une année. L'école se réserve le droit de demander un complément de rapport en cas d'entrée en formation. En transmettant ce rapport médical, le-la candidat-e autorise l'antenne santé à en prendre connaissance. Ce dernier sera traité en toute confidentialité, conformément aux dispositions légales sur la protection des données, le secret professionnel et le secret de fonction. Les frais de consultation, d'exams et de vaccinations sont à la charge du-de la candidat-e.