



CENTRE D'ENSEIGNEMENT LIBRE  
ST SÉPULCRE / ST JOSEPH / STE JULIENNE

Institut Saint Joseph Sainte Julienne  
Rue Saint Gilles 199  
4000 LIEGE  
Tel : 042/20.20.60

Centre liégeois de médecine préventive  
Promotion de la santé à l'école  
Rue Trappé 20  
4000 Liège  
Tél. 04/232.40.80

## QUESTIONNAIRE MEDICAL



### **Questionnaire à remplir par l'étudiant(e) et son médecin traitant et à rapporter lors de la visite médicale au P.S.E.**

#### 1. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom..... Prénom..... Sexe : M – F  
Lieu et date de naissance..... Nationalité.....  
Adresse.....N°.....  
Localité..... Code postal.....  
Téléphone privé..... Autres.....  
Médecin traitant..... Téléphone.....  
Dernière école fréquentée..... Classe.....  
Numéro d'identification nationale.....

A compléter par les étudiants ayant un autre logement pour leurs études :

Adresse.....N°.....  
Localité..... Code postal.....

A compléter par les étudiants étrangers uniquement :

Pays d'origine.....  
Depuis combien d'années êtes-vous en Belgique ? Mois..... Années.....

#### 2. ANTECEDENTS FAMILIAUX

	EN VIE		DECEDES	
	Age	Etat de santé Maladies *	Age du décès	Cause du décès
Père				
Mère				
Frères				
Soeurs				

\* Un membre de votre famille a-t-il présenté une des ces affections suivantes : tuberculose, asthme, eczéma, goitre, diabète, autres... ?

3. ANTECEDENTS PERSONNELS

Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ?.....  
Si oui, laquelle et à quelle date ?.....

Quels accidents, blessures ou traumatismes avez-vous subis ? (fractures, douleurs lombaires...).....  
.....

Prenez-vous des médicaments actuellement ?.....  
Si oui, lesquels ?.....

Avez-vous été ou êtes-vous victime d'une affection ?

- de la peau (eczéma, psoriasis,...).....
- du système nerveux (épilepsie, dépression nerveuse,...).....
- des yeux, du nez, des oreilles (troubles de la vue,...).....
- du système digestif (vomissement, jaunisse,...).....
- des voies respiratoires (pneumonie, asthme, tuberculose,...).....
- du cœur ou de la circulation sanguine (varices, palpitations,...).....
- du système génito-urinaire (affection gynécologique, albumine,...).....
- des glandes endocrines (diabète, goitre,...).....
- transmissible ou maladie infectieuse (méningite, scarlatine,...).....

**Vaccination : veuillez indiquer la date de la vaccination ou joindre une photocopie de la carte de vaccination.**

Recommandations

Les étudiant(e)s prestant dans les institutions de soins sont soumis aux vaccinations suivantes :

- a) antipoliomyélitique obligatoire dès l'enfance ;
- b) d'une manière générale et particulièrement en fonction de la nature des stages effectués, les vaccinations antitétanique, antidiphtérique et R.R.O sont d'une évidente nécessité ;
- c) la vaccination antihépatite B est aujourd'hui obligatoire pour effectuer des stages en milieu hospitalier (la vaccination peut être réalisée par l'intermédiaire de l'école) ;
- d) la vaccination contre le méningocoque C est vivement conseillée.

	Polio	Diphtérie Tétanos	Diphtérie Tétanos Coqueluche	Hépatite A	Hépatite B HBVAX ou engerix	R.R.O	Méningite C	B.C.G.	Autre
1 <sup>ère</sup> inj.									
2 <sup>ème</sup> inj									
3 <sup>ème</sup> inj									
1 <sup>er</sup> rappel									
2 <sup>ème</sup> rappel									

**A compléter par le médecin traitant**

**Statut immunitaire**

Résultat du dosage sanguin des anticorps rubéole (analyse à prescrire par votre médecin traitant)

IgG.....

Anticorps Hbs..... (obligatoire si l'élève a déjà reçu le vaccin hépatite B)

Anticorps hépatite A.....

Antigène Hbs – AcHBc.....(obligatoire si l'élève est originaire d'un pays où l'hépatite B est répandue, ou si antécédents d'hépatite B)

**Autorisation (valable pour toute la durée des études) si l'étudiant n'est pas en ordre pour le vaccin hépatite B**

Cocher J'autorise le **médecin scolaire** à me vacciner contre l'hépatite B et l'hépatite A (3 injections de TWINRIX)  
Je ferai effectuer la vaccination hépatite A + B par mon médecin traitant

Signature de l'étudiant(e)

**ATTESTATION MEDICALE**

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

→ jouit d'une bonne santé et n'est atteint d'aucune affection susceptible de présenter un danger pour les autres étudiant(e)s ;

→ ne souffre d'aucun handicap pouvant faire obstacle à l'exercice normal de la profession d'infirmier(e) ;

→ me paraît être en possession de toutes les facultés physiques et mentales indispensables pour entreprendre les études d'infirmier(e) ;

→ est en ordre de vaccination pour commencer des stages en milieu hospitalier (voir recommandations page 2).

Observations et remarques complémentaires :

Fait à.....le.....

**Signature du médecin et cachet**



## FEUILLE DE SANTE

**A rendre au secrétariat de S2J Sainte-Julienne lors de l'inscription**

Je soussigné(e), .....  
Docteur en Médecine, après avoir interrogé et examiné ce jour

M .....

certifie qu'il (elle)

- jouit d'une bonne santé et n'est pas atteint(e) d'une affection pouvant s'aggraver au cours des études ou présentant des dangers pour les autres étudiant(e)s ou les personnes qui lui sont confiées, ni d'un handicap faisant obstacle à l'exercice normal de la profession.
  
- est dans un état de santé physique, psychique et mental qui n'implique pas de limite à ses prestations de stagiaire infirmier(e).

**Cachet du Médecin  
signature**

**Date et**