

Année du Baccalauréat : _____ Département : _____
 Composante : _____
 Formation : _____
 Année universitaire : _____
 N° d'étudiant : _____

FICHE MÉDICALE

Document confidentiel : à retourner à l'infirmier du Service de Santé Etudiante (SSE)

Hall de l'IUT
Bâtiment Administratif

@ : sse.calvados@unicaen .fr

 M. Hubert DESAUNAY-FLEURY
 IUT Grand ouest Normandie
 CAMPUS 2 - Caen

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	N° de téléphone :
Adresse logement étudiant :	Département du domicile des parents :
	Adresse mail étudiant :

VOLET SOCIAL

Ouverture des droites sécurités sociale en votre nom propre ? Oui Non
 Mutuelle pour l'année en cours Oui Non
Etudiants étrangers en étude en France Oui Non
 Si oui, année d'arrivée en France : _____
 Habitez-vous chez vos parents ? Oui Non

ETES-VOUS EN SITUATION DE HANDICAP OU PORTEUR D'UNE MALADIE CHRONIQUE ? Oui Non

Avez-vous bénéficié d'un aménagement de vos études au lycée ou des épreuves du baccalauréat ? Oui Non

Un aménagement de vos études ou examens pourrait-il vous aider ? Oui Non

ACTIVITE PHYSIQUE

Pratiquez-vous une activité physique régulière ? Oui Non
 Etes-vous dans l'une de ces situations : Pathologie chronique / handicap / obésité Oui Non
 Si oui, seriez-vous intéressé par une activité physique adaptée Oui Non

VOLET MEDICAL

Poids : _____ Taille : _____
 Prenez-vous un traitement régulièrement : Oui Non
 Si oui merci de joindre une copie de la dernière ordonnance

Hospitalisation dans les 12 derniers mois : Oui Non

Avez-vous des allergies ? Oui Non

Si oui, lesquelles :

Fumez-vous ? Oui Non

Avez-vous un médecin traitant sur le lieu de vos études : Oui Non

Avez-vous eu un suivi avec un psychiatre ou psychologue au cours des deux dernières années : Oui Non

VOLET MEDICAL (suite)

Antécédents (*médicaux, chirurgicaux, troubles psychiques ou psychiatriques ...*) que vous jugez nécessaires de porter à la connaissance du Service Santé Etudiante :

Parmi les thématiques suivantes, vous sentez vous concerné par l'une ou plusieurs d'entre elles et/ou lesquelles souhaiteriez vous aborder au cours de votre entretien avec l'infirmier du SSE ?

- Harcèlement au cours des études
- Conflit avec les parents
- Violences physiques et verbales
- Consommation d'alcool
- Consommations de drogues
- Vitesse au volant
- Idées noires / envies suicidaires
- Sexe sans protection
- Autre:

Comment estimez-vous votre bien être ? cocher la case en lien avec votre ressenti

Pas bien du tout Je me sens très bien

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nom :

Prénom :

	Dates	Prescription (réservé SSE)	Validation (réservé SSE)
HEPATITE B	1 ^{ère} injection : 2 ^{ème} injection : 3 ^{ème} injection : Injection(s) complémentaire(s) éventuelle(s) : ET Sérologie de contrôle réalisée le : <ul style="list-style-type: none"> • Ac anti HBs = • Ac anti HBc = (Obligatoires si Ac anti-HBs < 100)		
DIPHTERIE-TETANOS- POLIOMYELITIS +/- Coqueluche <i>Le dernier vaccin contenant la valence coqueluche doit dater de moins de 5 ans (recommandations)</i>	Date des dernières injections et nom des vaccins : - - - - Et date de la dernière injection avec valence anticoquelucheuse :		
Le BCG est non obligatoire depuis 2019 ; Un Tubertest de moins de 3 mois est recommandé à l'entrée dans le cursus), réalisable au SSE Ou un Quantiféron (non remboursé, tarif variable), sur ordonnance	BCG : Dernier tubertest (doit dater de moins de 3 mois) : <ul style="list-style-type: none"> • Réalisé le : • Résultat (en mm) : 		
Rougeole – Oreillons – Rubéole	1 ^{ère} injection : 2 ^{ème} injection :		
Méningite C	Date : Nom du vaccin :		
Varicelle (Maladie ou vaccination)	Année :		