

ATTESTATION DE VACCINATION

Je soussigné, Docteur :

certifie que Mme Melle M. :

Né (e) le

a reçu les vaccinations et actes suivants :

DIPHTERIE-TETANOS –POLIO COQUELUCHE

	date	Dénomination	N° de lot
1 ^{ère} injection	.../.../...		
2 ^{ème} injection	.../.../...		
3 ^{ème} injection	.../.../...		
1 ^{er} rappel (18 mois)	.../.../...		
2 ^{ème} rappel (5-6ans)	.../.../...		
rappel 11-12 ans	.../.../...		
rappel 16-17 ans	.../.../...		
rappels ultérieurs	.../.../...		

TUBERCULOSE

BCG réalisé le : .../.../.....

Présence d'une cicatrice vaccinale par le BCG oui non

En l'absence de BCG ou de cicatrice vaccinale :

I.D.R à 5 U : date : .../.../.....

Résultat : négatif (de 0 à 5 mm)

Résultat positif : taille de l'induration en mm :

VACCINATIONS RECOMMANDEES

antécédents de	oui	non
varicelle		
coqueluche		
rougeole		
rubéole		

	dates	Dénomination	N° de lot
vaccination antirougeole	.../.../...		
	.../.../...		

Ces vaccinations sont fortement recommandées en milieu de soins et peuvent être exigées par le médecin du travail

Tournez la page SVP

HEPATITE B (obligatoire)

Le calendrier vaccinal rappelle que pour les soignants ou futurs soignants, il est IMPOSSIBLE DE DEROGER à la vaccination contre l'hépatite B. Par conséquent, une contre-indication à cette vaccination correspond à une inaptitude à une orientation vers des professions médicales ou paramédicales (circulaire DGS/SD5C n°2007-1 64 du 16 avril 2007)

Merci de compléter les données dans les cases correspondantes à la situation de l'étudiant ou l'élève :

1° Vaccination

*	date	Dénomination	N°de lot
1 ^{ère} injection	.../.../...		
2 ^{ème} injection	.../.../...		
3 ^{ème} injection	.../.../...		
	.../.../...		

2° Anticorps antiHB s > à 100 UI/l oui non Date sérologie .../.../...

3° Anticorps antiHB s entre 10 et 100 UI/l oui non Date sérologie .../.../...
ET AntigèneHBs indétectable Date sérologie .../.../...

4° Anticorps antiHB s négatifs oui non Date sérologie .../.../...

L'étudiant ou l'élève remplit les conditions de vaccination pour l'hépatite B, pour partir en stage, s'il présente une des 3 situations suivantes :

1) vaccination menée à son terme (complète) selon le schéma recommandé :

- schéma vaccinal standard : T0 - T1 à 1 mois – T2 à 2 mois.
- Avant l'âge de 13 ans pour les médecins, chirurgiens-dentistes, sages femmes, infirmiers, pharmaciens et techniciens en analyses médicales
- Avant l'âge de 25 ans pour les aides-soignants, ambulanciers, auxiliaires de puériculture, manipulateurs en électroradiologie médicale, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues.

Pour les adolescents de 11 à 15 ans, la vaccination à 2 doses à 6 mois d'intervalle est réputée complète (uniquement réalisée au moyen des vaccins ENGERIX B 20µg® ou GENHEVAC B®)

2) ou bien une vaccination complète ET une sérologie, même ancienne, avec un taux d'anticorps anti HBs supérieur à 100UI/l

3) ou bien une vaccination complète ET une sérologie avec un taux d'anticorps anti HBs compris entre 10 et 100UI/l ET un antigèneHBs indétectable.

(Circulaire DGS du 6 mars 2007)

Les étudiants ou élèves non vaccinés peuvent bénéficier d'une vaccination contre l'hépatite B à 4 doses : 3 à 1 mois d'intervalle et 1 à un an.

FAIT A :

LE :

SIGNATURE DU MEDECIN :

CACHET :