

Certificat de vaccinations d'entrée en Formation aux Professions de Santé

NOM : **NOM D'USAGE :**

Prénom : **Date de naissance :**

Pour être conforme aux textes en vigueur, nous vous recommandons de vérifier ou débiter vos vaccinations dans les jours qui viennent, plusieurs injections étant parfois nécessaires. Pour cela :

✓ **Contactez d'abord votre médecin traitant** pour la mise à jour de vos vaccinations et sérologies et pour lui faire remplir le **certificat de vaccinations** ci-dessous conforme à la réglementation et aux recommandations en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France :

- Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche : dernier rappel de moins de 10 ans puis à 25 ans et 45 ans.
- Tuberculose : Date de la vaccination par le BCG (vaccination non obligatoire décret N° 2019-149 du 27/02/2019) et **résultat en millimètres d'une intradermo réaction à 5 unités datant de moins de 3 mois à l'entrée en formation.**
- Hépatite B : vaccination à jour, conformément à l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique.
- Rougeole, Oreillons, Rubéole : 2 vaccinations ou maladie contractée.
- Varicelle : maladie contractée ou vaccinations (2 injections).

Ce document est à prévoir dès l'inscription et à remettre avant l'entrée en formation ou au plus tard le jour de la rentrée.

Tout dossier incomplet ne vous permettra pas d'aller en stage.

Je soussigné(e) Docteur

Certifie que

né(e) le

A reçu les vaccinations suivantes et a fait les sérologies nécessaires :

DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITIS +/- COQUELUCHE		
	Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)
Dernier rappel DTP		
Dernier rappel DTCP		

BCG		
	Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)
1ère injection		

IDR à la tuberculine - 5UI		
Date d'injection (jj/m/an)	Date de lecture	Résultat en mm*

Si absence d'IDR, un Quantiféron sera réalisé dans le service de santé au travail

*un résultat noté + n'est pas valide, il doit être mesuré en mm. Il n'est pas demandé de revacciner en cas de test négatif.

HEPATITE B (GENHEVAC, ENGERIX B10 ou B20, HBVAXPRO, HBVAX DNA5, TWINRIX)			
		Nom du vaccin	Date d'injection
Schéma vaccinal classique M0-M1-M6	1 ^{ère} injection		
	2 ^{ème} injection		
	3 ^{ème} injection		
Schéma vaccinal accéléré J0-J7-J21 +rappel à un an à privilégier pour tous les étudiants non vaccinés précédemment	1 ^{ère} injection		
	2 ^{ème} injection		
	3 ^{ème} injection		
	rappel		
Autre schéma	1 ^{ère} injection		
	2 ^{ème} injection		
	3 ^{ème} injection		
	rappel		

! ACT-Hib est un vaccin anti méningite à haemophilus

Taux d'anticorps Anti HBS	
Date (jj/m/an)	Résultats en UI/ml

Taux d'anticorps Anti HBC si anticorps HBS < 100	
Date (jj/m/an)	Résultats positif ou négatif
	☐ Positif ☐ Négatif

ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE		
	Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)
1 ^{ère} injection		
2 ^{ème} injection		

VARICELLE		
	Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)
1 ^{ère} injection		
2 ^{ème} injection		

Rougeole contractée	☐ Oui Date :	☐ Non
Varicelle contractée	☐ Oui Date :	☐ Non

MENINGOCOQUE NON B : vaccin recommandé pour les moins de 24 ans	
Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)

Certificat établi le à

Cachet et signature du Médecin