

## ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Je soussigné(e), Docteur .....

Atteste que : Mr/Mme .....

Né(e) le ..... à .....

Candidat à l'entrée en formation en IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers)

**A été vacciné(e) :**

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	date	N° de lot

- **Contre la fièvre typhoïde** depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) : *La vaccination n'est pas obligatoire pour la formation en IFSI*

Nom du vaccin	Date	N° lot

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies page 2, il/elle est considéré(e) comme

(Rayer les mentions inutiles) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B :    oui    non
- non répondeur (se) à la vaccination :    oui    non

-Titrage des Ac anti HBS : .....

**Preuve vaccinale :**

Vaccinations obligatoires	Spécialité vaccinale	Numéro de lot	Dose	Date
Hépatite B (schéma à 3 injections)	1 <sup>ère</sup> inj			
	2 <sup>ème</sup> inj			
	3 <sup>ème</sup> inj			

- **Page BCG\* :**

Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	Date du vaccin ou mention « non vacciné »	N° lot

*\*Un arrêté du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG*

IDR à la tuberculine*	date	Résultat (en mm)

\*L'IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.

Fait à .....

Signature

Le .....

et cachet du médecin

**Nota bene :** Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.