



ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Formation concernée :

IFSI

IFAS

IFA

Aux. Ambu.

Je, soussigné(e) Dr

Certifie que

Nom :

Prénom :

Né(e) le

En poste ou en formation (entourer la profession) :

Professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien ;

Autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, assistant-dentaire, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, technicien en analyses biomédicales.

Autres professions : services d'incendie et de secours, des pompes funèbres, thanatopracteurs, établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux pouvant être exposés ou exposer les personnes dont elles sont chargées.

a été vacciné(e) :

Hépatite B - **Obligatoire**

- **SCHEMA CLASSIQUE** : Un schéma vaccinal complet (au moins 3 injections) **est obligatoire** à l'entrée en formation. Notez les dates des injections.

Nom du vaccin	Date 1 ^{er}	Date 2 ^{ème}	Date 3 ^{ème}	Date 4 ^{ème} complémentaire	Date 5 ^{ème} complémentaire	Date 6 ^{ème} complémentaire

- **SCHEMA ADOLESCENTS (AGES DE 11 A 15 INCLUS)**

• chez les adolescents âgés de 11 à 15 ans inclus, non antérieurement vaccinés, la vaccination est réalisée en suivant :

- soit le schéma classique à trois doses [M0, M1, M6],

- soit un schéma à deux doses [M0, M6], en respectant un intervalle de six mois entre les deux doses et en l'absence d'exposition au risque d'infection par le VHB.

Nom du vaccin	Date 1 ^{er}	Date 2 ^{ème}	Date 3 ^{ème}	Date 4 ^{ème} complémentaire	Date 5 ^{ème} complémentaire	Date 6 ^{ème} complémentaire

- **SEROLOGIES OBLIGATOIRES** : dosage des anticorps anti-HBs ET dosage des anticorps HBc si les anticorps anti-HBs sont inférieurs à 100 UI/l – Si bilan plus complet, merci de joindre les résultats du laboratoire.

Date : Dosage des anticorps anti-HBs UI/l

Date : Dosage des anticorps HBc **Si** AchBs entre 10 et 100 Positifs Négatifs

Diphtérie, tétanos, polio (DTP ou DTCoqPolio) - **Obligatoire**

Type de vaccin (DTP, DTCP, ...)	Date du dernier vaccin	N° de lot
	Si âge > à 24 ans Rappel à 25 ans Date du rappel :	
	Si âge > à 44 ans Rappel à 45 ans Date du rappel :	

Test tuberculique - **Obligatoire**

Date : Résultat : mm d'induration

Résultat datant de **moins de 1 an** avant l'entrée en formation (sauf contre-indication motivée)

BCG

Le décret n°2019-149 du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG toutefois, il appartient au médecin du travail de proposer la vaccination à certains professionnels à risque élevé d'exposition au bacille tuberculeux (R4426-6 du code du travail)

Nom du vaccin	Date ou mention « non vacciné »	N° de lot

Covid 19 – *Non Obligatoire*

Nom du vaccin	Date 1 ^{er}	Date 2 ^{ème}	Date 3 ^{ème}

Vaccinations fortement recommandées (Coqueluche, ROR)

Date : Type de vaccin : | Date : Type de vaccin :
Date : Type de vaccin : | Date : Type de vaccin :

Maladies infantiles	Antécédent de la maladie	OU Sérologie positive
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Résultat :

Fait le :

Nom du médecin :

.....

Cachet et signature

Cadre réservé à l'IFPS

Conforme

Réserve

Suivi

Cachet et signature du Coordonnateur