

Test tuberculinique - *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

Cachet et signature du Coordonnateur

Conforme

Réserve

Suivi