Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations

Code de la santé publique (art. L. 3111-4, L. 3112-1, R. 3112-1 et R. 3112-2) et Code du travail (R. 4426-6).

Nom du vaccin ou du test	Date de réalisation
Hépatite B	
Nom du vaccin	
1ère dose	//
2ème dose	
3ème dose	
Sérologie obligatoire après les 3 doses de primovaccination et/ou 1	
mois après dose de rappel :	
Résultat AC anti-HBc =	/ /
Résultat AC anti-HBs =	
En accord avec la législation en vigueur :	
Séroprotection si	o Oui
- Ac anti HBs > 100 UI/l	o Non
 Ou Ac anti HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti Hbc négatif avec un schéma vaccinal complet. 	o Non
Diphtérie – Tétanos – Polio – Coqueluche	
Nombre total de doses depuis la naissance (6 DTP/DTCP nécessaire)	=
Nom du dernier vaccin anti-coqueluche	//
NB = Rappel des 25 ans avec valence coqueluche à avancer s'il manque un rappel coqueluche à 6 ans ou à 12 ans.	
Tuberculose	
TEST TUBERCULINIQUE (daté de moins de 2 ans)	
Lecture de l'IDR :mm	//
Si induration > ou = à 5 mm, RDV à prendre au CLAT pour réaliser d'autres tests	
Pour rappel, la vaccination COVID (2 doses + 1 rappel ou 2 doses + 1 maladie) est recomm santé.	andée pour les professionnels d
Rubéole, oreillons, rougeole (recommandée): 2 doses requises	
<u>Date 1^{ère} injection</u> : <u>Date 2^{ème} injection</u> :	OU <u>Date maladie</u> :
Varicelle: En l'absence d'immunité ancienne, sérologie nécessaire. Si IgG nég	atifs, vaccination recommandée.
<u>Date maladie</u> : OU <u>Date et résultat sérologie</u> :	
Méningocoque C (recommandée jusqu'à 24 ans): 1 dose	<u>2</u> :
Pour les professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la	a grippe saisonnière.
Je soussigné, Docteur , atteste que	
né(e) le , candidat à l'inscription ou étudiant dans (e	ntourer la filière
choisie):	
- une profession médicale et pharmaceutique : médecin, sage-fem	me, pharmacien ,
odontologue,	عاد عاد العاد العام المام
 une autre profession de santé : infirmier, manipulateur d'électr technicien en analyses biomédicales (BUT BMB/ Licence pro BA 	_
Est à jour dans ses vaccinations, selon les recommandations en vigueur à	à ce jour.
Fait à ,le	(Signature et cachet)