**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  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dose de Rappel  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***   * ***Ac anti HBs > 100 UI/l*** * ***Ou Ac anti HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti Hbc négatif avec un schéma vaccinal complet.*** | \_\_ /\_\_\_/\_\_\_  \_\_/\_\_\_/\_\_\_  \_\_/\_\_\_/\_\_\_  \_\_/\_\_\_/\_\_\_  \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_   * Oui * 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 recommandée pour les professionnels de santé.***

* **Rubéole, oreillons, rougeole***(recommandée)* : **2 doses requises**

Date 1ère injection : Date 2ème injection : OU Date maladie :

* **Varicelle :** *En l’absence d’immunité ancienne, sérologie nécessaire. Si IgG négatifs, vaccination recommandée.*

Date maladie : OU Date et résultat sérologie :

* **Méningocoque C***(recommandée jusqu’à 24 ans)* : **1 dose** Date :

**P*our les professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d’être immunisé contre la grippe saisonnière.***

Je soussigné, Docteur , atteste que né(e) le , candidat à l’inscription ou étudiant dans (entourer la filière choisie) :

* une profession médicale et pharmaceutique : médecin, sage-femme, pharmacien , odontologue,
* une autre profession de santé : infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien en analyses biomédicales (BUT BMB/ Licence pro BAE), kinésithérapeute,

Est à jour dans ses vaccinations, selon les recommandations en vigueur à ce jour.

Fait à ,le (Signature et cachet)