

ANNEXE II

CERTIFICAT MEDICAL DES VACCINATIONS

A FAIRE REMPLIR PAR UN MEDECIN

Référence législative :

Article 6 de l'arrêté du 18/04/07 modifiant l'arrêté du 26/01/2006
« Pour se présenter aux épreuves de sélection, le candidat doit fournir un certificat médical de vaccinations conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France »

↳ NOM de famille :

NOM d'usage :

↳ Prénom :

↳ Date de naissance :

Suivre le calendrier vaccinal en vigueur et le BEH de l'année

Diphtérie - Tétanos – Poliomyélite – Coqueluche

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

Hépatite B :

Schéma vaccinal	Nom du vaccin	Numéro du lot
Date 1 ^{ère} injection :		
Date 2 ^{ème} injection :		
Date 3 ^{ème} injection à 6 mois :		
Autres injections		

Dosage anti-corps

1 - Anticorps anti-HBs : UI/l

Fournir copie du résultat

Si Anticorps anti-HBs < 100 UI/l

Alors dosage des :

2 - Anticorps anti-HBc : UI/l Fournir copie du résultat

Et

3 - Antigène HBs : UI/l Fournir copie du résultat

Se référer à l'algorithme du calendrier vaccinal 2016 relatif à l'immunisation des professionnels de santé contre l'hépatite B

B.C.G. :

Vaccin intradermique ou Monovax®	Date (dernier vaccin)	N° lot

Une IDR à la Tuberculine de moins de 3 mois sera demandée le jour de la rentrée.

Je soussigné(e) docteur certifie avoir examiné ce
jour :

Mme, M.,
***avoir vérifié son statut vaccinal concernant les vaccinations obligatoires et les conditions
d'immunisation contre l'hépatite B.***

Fait à

Le//