

## Annexe 5

# CERTIFICAT DE VACCINATIONS D'ENTREE EN FORMATION AUX PROFESSIONS DE SANTE

NOM : ..... NOM D'USAGE : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Pour être conforme aux textes en vigueur, nous vous recommandons de vérifier ou débiter vos vaccinations dans les jours qui viennent, plusieurs injections étant parfois nécessaires. Pour cela :

► **contactez d'abord votre médecin traitant** pour la mise à jour de vos vaccinations et sérologies et pour lui faire remplir :

- **Le certificat de vaccinations** ci-dessous conforme à la réglementation et aux recommandations en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France :

- Diphtérie, Tétanos, Polio, Coqueluche : dernier rappel de moins de 10 ans puis à 25 ans et 45 ans.
- Tuberculose : preuve écrite de la vaccination par le BCG et résultat en millimètres d'une intradermo réaction à 5 unités datant de moins de 3 mois à l'entrée en formation.
- Hépatite B : vaccination à jour, conformément à l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du code de la santé publique.
- Rougeole, Oreillons, Rubéole : 2 vaccinations ou maladie contractée.
- Varicelle : maladie contractée ou vaccinations (2 injections).

► **contactez ensuite un médecin agréé** pour remplir le certificat médical en annexe V-1.

Je soussigné(e) Docteur.....

Certifie que ..... né(e) le.....

A reçu les vaccinations suivantes et a fait les sérologies nécessaires :

### DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITE +/- COQUELUCHE

	Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)
Dernier rappel DTP		
Dernier rappel DTCP		

### BCG

	Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		

### IDR à la tuberculine - 5UI

Date d'injection	Date de lecture	Résultat en mm*

\*un résultat noté + n'est pas valide, il doit être mesuré en mm. Il n'est pas demandé de revacciner en cas de test négatif.

**HEPATITE B (GENHEVAC, ENGERIX B10 ou B20, HBVAXPRO, HBVAX DNA5, TWINRIX)**

		Nom du vaccin	Date d'injection
Schéma vaccinal classique M0-M1-M6	1 <sup>ère</sup> injection		
	2 <sup>ème</sup> injection		
	3 <sup>ème</sup> injection		
Schéma vaccinal accéléré J0-J7-J21 +rappel à un an	1 <sup>ère</sup> injection		
	2 <sup>ème</sup> injection		
	3 <sup>ème</sup> injection		
	rappel		
Autre schéma	1 <sup>ère</sup> injection		
	2 <sup>ème</sup> injection		
	3 <sup>ème</sup> injection		
	rappel		

**! ACT-Hib est un vaccin anti méningite à haemophilus**

**Taux d'anticorps Anti HBS :**  
**: Joindre une copie du résultat**

**Taux d'anticorps Anti HBC si anticorps HBS < 100**

Date (jj/m/an)	Résultats en UI/ml

Date (jj/m/an)	Résultats en UI/ml

**ROUGEOLE-OREILLONS-RUBEOLE / VARICELLE**

	Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)
1 <sup>ère</sup> injection		
2 <sup>ème</sup> injection		

Varicelle contractée :  
 Oui Date : .....  
 Non

Rougeole contractée :  
 Oui Date : .....  
 Non

**MENINGOCOQUE NON B : vaccin recommandé pour les moins de 24 ans**

Nom du vaccin	Date d'injection (jj/m/an)

**Certificat établi le..... à .....**  
**Cachet du Médecin**