

Étudiants Infirmiers
Rentrée du 02 septembre 2025

CERTIFICAT MÉDICAL DES VACCINATIONS

Ce dossier médical a pour but de s'assurer que vous êtes en conformité avec le référentiel des professions de santé (Article 13 de l'arrêté du 22/10/2005).

À FAIRE REMPLIR PAR UN MÉDECIN

NOM : _____

NOM de jeune fille : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

DIPHTÉRIE – TÉTANOS – POLIOMYÉLITE – COQUELUCHE

NOM DU VACCIN	DATE DU DERNIER RAPPEL	NUMERO DE LOT

IDR À LA TUBERCULINE DATANT DE MOINS DE 3 MOIS AVANT L'ENTRÉE EN FORMATION

DATE DU TEST	DATE DE LA RELECTURE	RÉSULTAT EN MM

MALADIE D'ENFANCE OU VACCINATIONS RECOMMANDÉES

Varicelle	oui ☐	non ☐	vaccination	oui ☐	non ☐
Coqueluche	oui ☐	non ☐	vaccination	oui ☐	non ☐
Rougeole	oui ☐	non ☐	vaccination	oui ☐	non ☐
Oreillons	oui ☐	non ☐	vaccination	oui ☐	non ☐
Rubéole	oui ☐	non ☐	vaccination	oui ☐	non ☐

HÉPATITE B

Les 2 premières injections doivent être faite avant l'entrée en formation.

Les 2 premières injections et une sérologie doivent être faite avant votre entrée en stage (07/10/2024).

!!! Merci de vous référer au courrier joint pour connaître les délais entre chaque injection et sérologie !!!

SCHÉMA VACCINAL	NOM DU VACCIN	DATE DU VACCIN	N° DE LOT
1 ^{ère} injection			
2 ^{ème} injection			
3 ^{ème} injection			

SÉROLOGIE

Un mois après votre deuxième injection Hépatite B, faire une sérologie et fournir le bilan sanguin faisant apparaître le dosage anticorps anti-HBS, le dosage anticorps anti-HBC et le dosage antigène HBS.

Aucune entrée en stage ne pourra se faire sans ce document mentionnant ces 3 dosages.

Vous devez présenter un dosage anti-HBS supérieur à 10.

Dans le cas contraire, merci de prendre contact sans délai votre médecin pour prévoir une nouvelle injection et une nouvelle sérologie à 1 mois de distance de cette nouvelle injection.

En cas de doute sur la lecture de votre sérologie avant votre entrée en formation, merci d'envoyer votre sérologie au **format PDF** à la secrétaire des stages qui vous répondra dans les meilleurs délais : myriam.godet@chu-nantes.fr

NE PAS REMPLIR, TABLEAU RESERVÉ AU SERVICE QUI SERA COMPLÉTÉ À RECEPTION DE LA SÉROLOGIE

(sauf si vous avez une sérologie datée de 2024 dans l'historique du patient, auquel cas joindre la sérologie au présent document)

Anticorps anti-HBS	
Anticorps anti-HBC	
Antigène HBS	

Je soussigné(e), Docteur :

certifie avoir examiné ce jour Madame / Monsieur :

et avoir vérifié son statut vaccinal concernant les vaccinations obligatoires.

Fait à : _____

TAMPON ET SIGNATURE

Le : ____ / ____ / ____