

CERTIFICAT DE VACCINATIONS

Je soussigné(e), Docteur :

Certifie que Melle, Mme, M. :

Né(e) le :

A subi les vaccinations suivantes et respecte l'Article L3111- 4 (Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 62, art. 63 Journal Officiel du 20 décembre 2005) concernant l'obligation d'une vaccination contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et les articles L.3112-1 et R.3112-2 du Code de la Santé Publique concernant la vaccination contre la tuberculose pour les personnels de santé.

Toutes les vaccinations et les résultats obligatoires devront être à jour.

Indiquer de façon précise : Jour – Mois – Année de l'injection			
D.T.P.	Date du dernier Rappel		
COQUELUCHE	Date du dernier rappel (Recommandé)		
CONTRE L'HEPATITE B			
Circulaire DGS/SD5C n° 2007-164 du 16 avril 2007 relative à l'entrée en vigueur et aux modalités d'application des deux arrêtés du 6 mars 2007 relatif, d'une part, à la liste des élèves et étudiants des professions de santé pris en application de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique et, d'autre part, fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique			
DOSAGE DES ANTICORPS ANTI HBS		Date :	Dosage :
DOSAGE DES ANTIGENES HBS (Obligatoire si Ac anti HBs < 100 mUI/ml)		Date :	Dosage :
Dates des vaccinations par B.C.G. et les vaccins utilisés		1 ^{er} vaccin : 2 ^{ème} vaccin :	
Article L.3112-1 et R.3112-2 du Code de la Santé Publique : <u>Tubertest obligatoire à l'entrée dans la profession</u> (Les résultats de Monotest ne sont pas pris en compte)		Date précise Du Tubertest à 5 UI	Réaction (Positive ou Négative) Si positive, préciser : ⇒ Mesure de l'induration (et non de l'érythème)
INTRADERMOREACTION Tuber-test à 5 Unités			
Varicelle contractée	OUI Date:.....	NON	
Rougeole contractée	OUI Date:.....	NON	
Vaccin Rougeole Oreillons Rubéole (Recommandée)	1 ^{ère} injection :	2 ^{ème} injection :	

Date :

Cachet et Signature du Médecin