

## Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations

| Nom du vaccin ou du test                                                                                                                                                                 | Date de réalisation                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>Hépatite B</b>                                                                                                                                                                        |                                                        |
| Nom _____                                                                                                                                                                                |                                                        |
| _____ 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 :                                                                                          |                                                        |
| AC anti-HBc = _____                                                                                                                                                                      | ___/___/___                                            |
| AC anti-HBs = _____                                                                                                                                                                      | ___/___/___                                            |
| Résultats en accord avec la législation en vigueur :<br>(séroprotection si<br>Ac anti HBs > 100 UI/l<br>Ou Ac anti HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti Hbc négatif avec un schéma vaccinal complet. | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| <b>Diphtérie - Tétanos - Polio - Coqueluche</b>                                                                                                                                          |                                                        |
| Nombre total de doses depuis la naissance (DTP ou DTCP) = _____                                                                                                                          |                                                        |
| Nom du dernier vaccin anti-coqueluche _____                                                                                                                                              | ___/___/___                                            |
| <b>NB = Rappel des 25 ans</b> avec valence coqueluche à avancer s'il manque un rappel coqueluche à 6 ans ou à 12 ans.                                                                    |                                                        |
| <b>Tuberculose</b>                                                                                                                                                                       |                                                        |
| TEST TUBERCULINIQUE (daté de moins de 2 ans)                                                                                                                                             |                                                        |
| Lecture de l'IDR : _____ mm                                                                                                                                                              | ___/___/___                                            |
| Si induration > 10 mm en l'absence de BCG ou si induration > 15 mm avec BCG réalisé, prévoir radiographie du thorax et adresser au CLAT                                                  |                                                        |

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

Date 1<sup>ère</sup> injection : \_\_\_\_\_ Date 2<sup>ème</sup> 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 : \_\_\_\_\_

Je soussigné, Docteur \_\_\_\_\_, atteste que  
 né(e) le \_\_\_\_\_, étudiant en BUT Génie Biologique parcours Biologie médicale et  
 Biotechnologie est à jour dans ses vaccinations, selon les recommandations en vigueur à ce jour.  
 Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

(Signature et cachet)