

## 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 : (séroprotection si Ac anti HBs > 100 UI/l Ou Ac anti HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti Hbc négatif avec un schéma vaccinal complet.	<input type="radio"/> Oui <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)