

ATTESTATION MEDICALE ET DE VACCINATIONS
Filière Analyses Biologiques et Biochimiques - IUT

Nom du vaccin ou du test	Date du vaccin
Hépatite B (obligatoire)	
Nom _____	
_____ 1 ^{ère} dose	___/___/___
_____ 2 ^{ème} dose	___/___/___
_____ 3 ^{ème} dose	___/___/___
_____ Autres doses :	
Sérologie obligatoire :	
Dosage des AC anti-HBc fait le :	___/___/___
Dosage des AC anti-HBs fait le :	___/___/___
Résultats en accord avec la législation en vigueur :	
(séroprotection si	<input type="radio"/> Oui
- Ac anti HBs > 100 UI/l quel que soit l'historique vaccinal	<input type="radio"/> Non
- Ac anti HBs > ou = 10 UI/l si schéma vaccinal complet)	
Diphtérie – Tétanos – (Coqueluche) – Polio	
Nombre total de doses depuis la naissance (DTP ou DTCP)	_____
Nom du dernier vaccin _____ Date	___/___/___
Rappel avec valence coqueluche recommandé si cocooning et si pas de vaccin coquelucheux administré dans les 5 dernières années, sinon à 25 ans.	
Tuberculose	
TEST TUBERCULINIQUE: à refaire si IDR de plus de 2 ans	___/___/___
Lecture de l'IDR: _____ mm :	
si induration >15 mm : RP et orientation CLAT	

- **Rubéole, oreillons, rougeole** : vaccination recommandée : 2 doses
requis :
date 1^{ère} injection : _____ date 2^{ème} injection : _____ date maladie : _____
- **Méningocoque C** : vaccination recommandée jusqu'à 24 ans : date : _____

CERTIFICAT MEDICAL (de moins de 3 mois)

Je soussigné, Docteur

Atteste que l'étudiant

né(e) le

Est à jour dans ses vaccinations, selon les recommandations en vigueur ce jour, ne présente ce jour aucun signe cliniquement décelable de maladie ou d'infection et peut effectuer un stage en milieu hospitalier, dans le cadre de sa formation.

Fait à

le

(Signature et cachet)