

## ATTESTATION MEDICALE ET DE VACCINATIONS

### Filière Analyses Biologiques et Biochimiques

Nom du vaccin ou du test	Date du vaccin
<b>Hépatite B (obligatoire)</b>	
Nom _____	
_____ 1 <sup>ère</sup> dose	_ / _ / _
_____ 2 <sup>ème</sup> dose	_ / _ / _
_____ 3 <sup>ème</sup> 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)	
<b>Diphtérie – Tétanos – (Coqueluche) – Polio</b>	
Nombre total de doses depuis la naissance (DTP ou DTCP)	_____
Nom du dernier vaccin _____ Date	_ / _ / _
<b>Rappel</b> avec valence coqueluche recommandé si pas de vaccin coquelucheux administré dans les 5 dernières années	
<b>Tuberculose</b>	
<b>Entourer la nature du vaccin et du test</b>	
1° - BCG : ID ou Monovax	_ / _ / _
2° - 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 requises
- **Méningocoque C** : vaccination recommandée jusqu'à 24 ans

### 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)