

ATTESTATION MEDICALE ET DE VACCINATIONS
Filière Analyses Biologiques et Biochimiques

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 pas de vaccin coquelucheux administré dans les 5 dernières années	
Tuberculose	
Entourer la nature du vaccin et du test	
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)