



Je soussigné(e) **Docteur**.....
Atteste que **M**.....
né(e) le

Directrice :
Nicole DAUVERGNE

Secrétariat :
_Secretariat_IFSI@ch-le-vinatier.fr
Tél : 04 37.91.50.29
95 Bd Pinel – BP 300 39
69678 BRON CEDEX

A été vacciné (e) contre la Tuberculose :

BCG : /..... /.....

Tubertest (IDR) chiffré, même ancien à fournir (obligation d'une IDR chiffrée de référence en application de l'arrêté du 13/07/2004)

Date du Tubertest : /..... /.....

Résultat chiffré :

Est à jour de la vaccination Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (recommandations DTPcoq) :

Dernier Rappel /..... /.....(Schéma vaccinal à respecter selon nouvelles dispositions réglementaires calendrier vaccinal mars 2016)

Est correctement vacciné(e) et immunisé(e) contre l'hépatite B : 3 injections (schéma vaccinal recommandé) et AC anti HBs > 100 UI/L (Conformément aux arrêtés du 06 mars 2007 et du 2 août 2013)

	Date	Date	Date
PRIMO VACCINATION			
RAPPELS			

Dans tous les cas, un contrôle sérologique AC anti HBs est à faire 4 à 5 semaines après la 3^{ème} injection
En cas de vaccinations de dernière minute, il peut être nécessaire de réaliser un schéma en 4 injections (3 à 1 mois d'intervalle et rappel à 1 an)

Rappel Hépatite B à faire, si :

- ✓ Sérologie AC anti Hbs < à 10 UI/L
- ✓ Sérologie AC anti Hbs ≥ 10 UI/L et ≤ 100 UI/L et schéma vaccinal incomplet ou non renseigné (**voir arbre décisionnel au verso**)

Rappel le /..... /..... **NE PAS DEPASSER 6 DOSES**

Est, selon les conditions définies au verso, considéré(e) comme (rayer les mentions inutiles) :



Immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non
 Non répondeur (se) à la vaccination : oui non

Est immunisé(e) contre : (rayer les mentions inutiles)

La rougeole : oui non Les oreillons : oui non
 La varicelle : oui non La rubéole : oui non
 La rougeole : oui non Les oreillons : oui non

Directrice :
 Nicole DAUVERGNE

Secrétariat :
 _Secretariat_IFSI@ch-le-vinatier.fr
 Tél : 04 37.91.50.29
 95 Bd Pinel – BP 300 39
 69678 BRON CEDEX

Recommandations 2011 : né (e) avant 1980 → 1 dose de ROR né (e) après 1980 → 2 doses de ROR

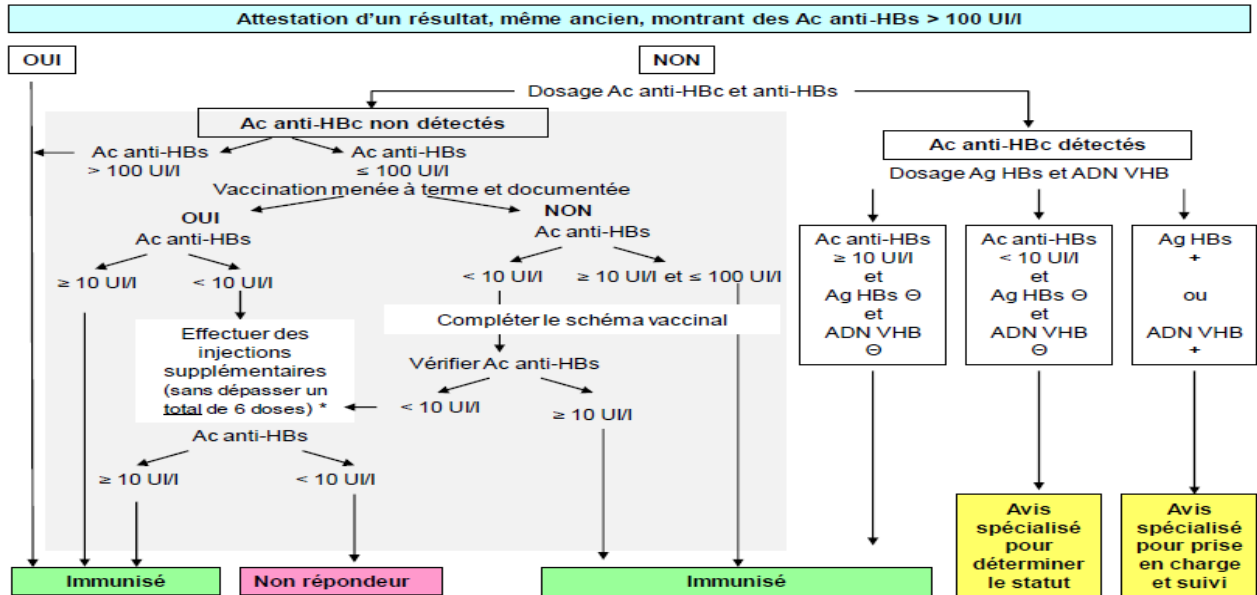
Conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé.

Date : / /

Signature et cachet du médecin

Joindre une photocopie des vaccinations, des maladies infantiles

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé



* Sauf cas particulier voir 4* de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B



La Région
Auvergne-Rhône-Alpes

Institut de Formation en Soins Infirmiers



Directrice :
Nicole DAUVERGNE

Secrétariat :
_Secretariat_IFSI@ch-le-vinatier.fr
Tél : 04 37.91.50.29
95 Bd Pinel – BP 300 39
69678 BRON CEDEX

L'admission définitive dans une école est subordonnée à la production

1. D'un CERTIFICAT MEDICAL émanant d'un médecin agréé attestant vos aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la fonction
2. Du certificat vaccinal et conditions réglementaires ci-joint rempli par un médecin agréé
3. D'une photocopie du relevé de vos vaccinations, des maladies infantiles de votre carnet de santé
4. De la photocopie de la sérologie AC anti HBs
5. De la photocopie de la sérologie AC anti HBc si anticorps anti HBs < 100