



Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires

A vérifier et compléter dès l'inscription en formation

Lieu.....Date.....

Docteur
Nom.....Prénom.....
.....

Titre et qualification.....
.....

Adresse.....
.....

Téléphone.....

Je soussigné(e) Dr.....
certifie que :

Nom de naissance..... **Prénom**.....

Né(e) le...../...../.....

Candidat (e) à l'inscription à la formation : infirmier(e) Aide-Soignant(e) Auxiliaire de puériculture
 DU PaRéO

Satisfait les obligations du passe vaccinal vis-à-vis de la Covid-19 : OUI NON

A été vacciné(e) :

• **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite :**

Couverture vaccinale effective OUI NON

si oui, date du dernier rappel

.....

Calendrier vaccinal réinitié si oui (date des injections) non

Nom du vaccin	Date	N° du lot

• **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies ci - dessous, il/elle est considéré(e) comme *(rayer les mentions inutiles)*

○ Immunisé(e) contre l'hépatite B OUI NON

○ Vaccination en cours OUI NON

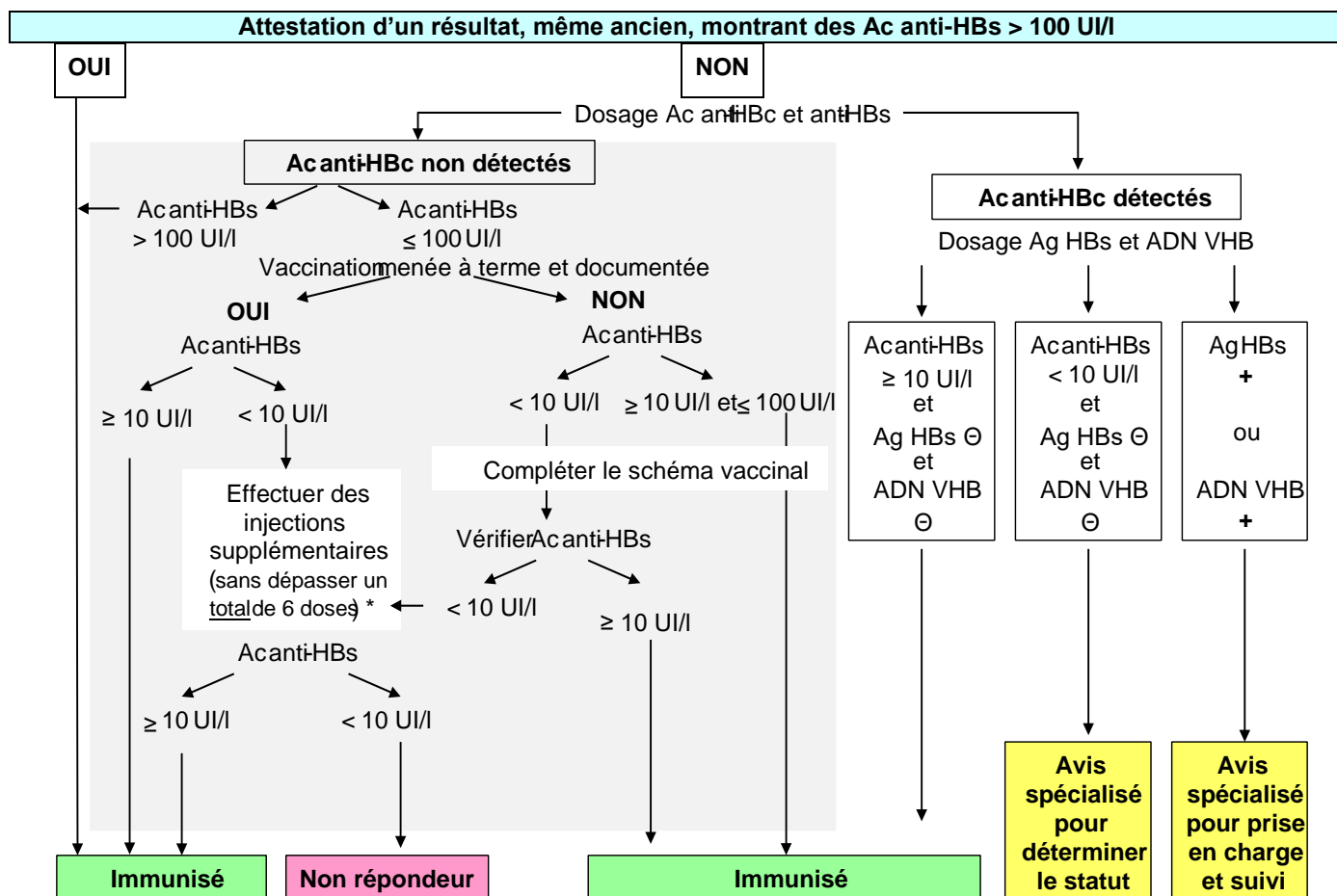
○ Si oui, dates des injections

.....

○ Non répondeur (se) à la vaccination OUI NON

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article

L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



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

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

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politiquevaccinale.html>)

BCG non obligatoire MAIS test tuberculitique de référence à effectuer avant l'entrée en formation

Vaccin intradermique ou Monovax	Date (dernier vaccin)	N° lot
Test tuberculitique à effectuer avant l'entrée en formation	Date	Résultat (en mm)

Vaccinations facultatives mais recommandées

Rougeole – Oreillons- Rubéole (non obligatoire mais fortement conseillé)

1^{ère} injection le..... Rappel
le.....

2^{ème} injection le..... Rappel
le.....

OU a contracté la maladie :

Rougeole OUI NON

Oreillons OUI NON

Rubéole OUI NON

En cas de contre-indication temporaire ou définitive à l'une de ces vaccinations, il appartient au Médecin Inspecteur de la Santé d'apprécier la suite à donner à l'admission.

NB : Selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la varicelle et la grippe saisonnière

Circulaire DGS/SD5C n° 2007-164 du 16 avril 2007 : une contre-indication à la vaccination contre l'hépatite B correspond de fait à une inaptitude à une orientation vers les professions médicales ou paramédicales.

Radio pulmonaire obligatoire

Examen radio pulmonaire favorable exigée par certains terrains de stage (datant de moins de 3 mois à l'entrée en formation ; compte-rendu à joindre)

OUI NON