

Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires permettant l'autorisation de mise en stage par le Directeur de l'IFSI/IFAS

Je, soussigné(e) Docteur _____,

Adresse _____

Téléphone _____

Certifie que : Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le _____

Candidat(e) à l'inscription à la profession de santé: infirmier aide-soignant

⇒ A été vacciné(e) **contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche** :

Nom du vaccin	Nombre de doses reçues	Date de la dernière dose

⇒ A été vacciné(e) **contre l'hépatite B, selon les conditions définies au verso de ce document.**

Schéma initial		
Nom du vaccin	Nombre de doses reçues	Dates des doses reçues

Rappels		
Nom du vaccin	Nombre de doses reçues	Dates des doses reçues

A eu une **sérologie complète** de l'Hépatite B (Antigène HBs, Anticorps anti HBc et anti HBs)

Est immunisé(e) contre l'hépatite B : **Oui** **Non**
 Est non répondeur (se) à la vaccination : **Oui** **Non**

⇒ A été vacciné(e) **contre la tuberculose par le BCG** :

Vaccin intradermique ou Monovax ®	Date (dernier vaccin)	N° de lot

Test tuberculinique	Date	Résultat (en mm)

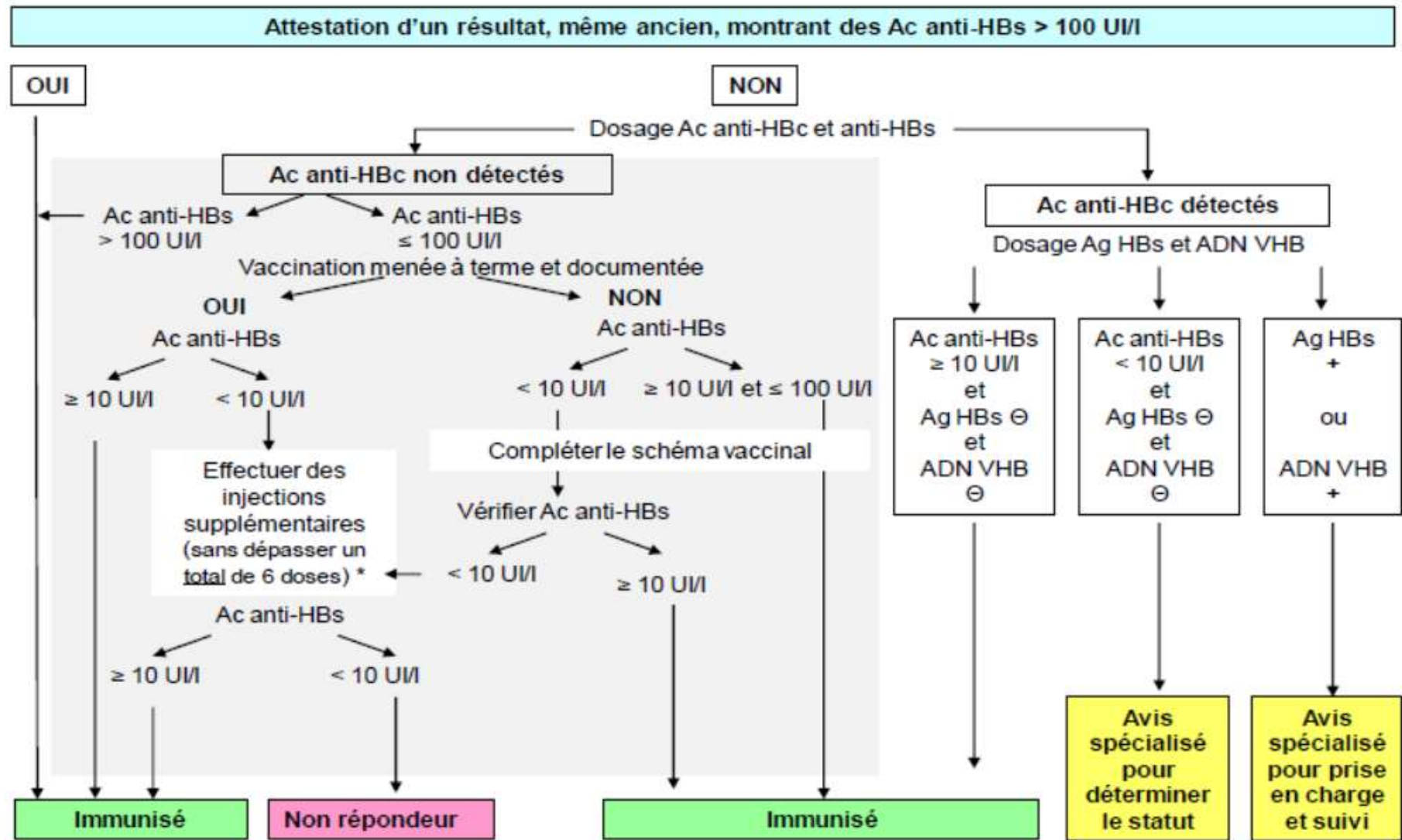
⇒ A été vacciné(e) **contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole**

Nom du vaccin	Nombre de doses reçues	Date de la dernière dose

Date, Signature et cachet du médecin

Nota Bene : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour ces professionnels de santé, il est par ailleurs **recommandé** d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière

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