

Je, soussigné(e), Docteur ..... certifie que :

Nom : ..... Prénom : ..... Née le .....

A été vacciné(e) :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES					
Diphtérie-Tétanos-Polio					
<b>Date des différents vaccins contre l'hépatite B reçus (conformément à l'arrêté de 2013) (Vaccination menée à son terme)</b>					
1 <sup>ère</sup> dose		2 <sup>ème</sup> dose		3 <sup>ème</sup> dose	
<b>Sérologie Hépatite Virale B (Attention résultats chiffrés)</b>					
Taux d'Anticorps anti HBs : Immunité acquise si Taux > 100UI/L Sinon faire une 4 <sup>ème</sup> injection			Date :		
Antigène HBs : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif			Anticorps Anti HBc : <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif		
VACCINATIONS RECOMMANDÉES					
R.O.R. (Rougeole-Oreillons-Rubéole : 2 doses)		1 <sup>ère</sup> dose		2 <sup>ème</sup> dose	
<b>Résultats de l'intradermo réaction de moins de 1 an (sauf contre-indications) Ou du test Quantiféron</b>					
Date(s) BCG :					
Date de lecture IDR :			Résultats IDR : _____ mm		
Date du test Quantiféron :					
Date	Nom et Prénom du Médecin		Tampon du Médecin		