

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)<br/>(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<br/>(Attention résultats chiffrés)</b>  |                          |                       |   |                       |  |
| Taux d'Anticorps anti HBs :<br>Immunité acquise si Taux > 100UI/L<br>Sinon faire une 4 <sup>ème</sup> injection                    |                          |                       | Date :  |                       |  |
| Antigène HBs :<br><input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif  |                          |                       | Anticorps Anti HBc :<br><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)<br/>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   |                       |  |
|  |                          |                       |   |                       |  |