

Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : NOM : NOM de naissance :
 Médecine Prénom : Date de naissance : .. / .. /
 Odontologie
 Pharmacie Tél. : Email :
 Sage-femme Département de naissance : Code postal lieu de résidence :
 ou Institut de formation : Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :

Année d'admission :
 Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur www.mesvaccins.net et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats**, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).

Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage
 Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

Dernier rappel dTP => Date : .. / .. / Nom : Dernier rappel dTcaP => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date**
 Rappel des conditions d'immunsation :
 1) Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
 2) Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :
 - soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
 - soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 5 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
 - soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an }
 - Première dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
 => Date : .. / .. / Nom :
 => Date : .. / .. / Nom :

Covid-19*

Antécédent de COVID => Date : .. / .. / Première dose => Date : .. / .. / Deuxième dose => Date : .. / .. / Rappel => Date : .. / .. /

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :
 Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ...
 Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable
 Personnes nées depuis 1980 :
 vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

Schéma vaccinal :
 - Première dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Pas d'antécédent ou doute
 Antécédent de maladie

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire
Joindre le résultat**

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Méningocoque C

Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / Nom :

Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019)

Je, soussigné Dr _____ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :
 Signature et cachet du praticien :

* Obligatoire

** Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.