

Annexe 2 : CERTIFICAT DE VACCINATIONS OBLIGATOIRE POUR DEBUTER LE STAGE

Je soussigné(e), Docteur.....,

Certifie que Mme, M., Né(e) le | __ | __ | ____ |

A été vacciné(e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite : OUI ☐ NON ☐**

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° de lot

- **Contre l'hépatite B : Immunisé(e) OUI ☐ NON ☐**

Date des injections	Nom du vaccin
Date 1 ^{ère} injection :	
Date 2 ^{ème} injection :	
Date 3 ^{ème} injection :	
Dates des rappels ou doses additionnelles	
1	
2	
3	
Non répondeur(se) à la vaccination après l'administration de 6 doses	☐ Oui ☐ Non
Anticorps Anti-HBs si taux d'AC Anti HBs inférieur à 100 UI/L : sérologie complète obligatoire	Date : _____ UI / L

Deux injections sont obligatoires avant le début du premier stage hospitalier.

- **VACCINATIONS/TESTS RECOMMANDÉS**

Rougeole-Oreillons-Rubéole	Date 1 ^{ère} injection : Date 2 ^{ème} injection :	Date Maladie :
Varicelle	Date : Date sérologie :	Date Maladie :
Test tuberculinique	Date du test : Si résultat Tubertest >5 mmm (même ancien) → ORIENTER vers le CLAT pour avis	Résultat :

Le : | __ | __ | ____ |

Signature et cachet du médecin :