

**Formation aux professions concernées par l'arrêté du 06 mars 2007/arrêté du 2 aout 2013/
instruction N° DGS/R/1/R12/2014/21 du 21 janvier 2014, loi du 05 aout 2021**

Je soussigné(e) **Docteur**.....
atteste que **M**..... Né(e) le /..... /.....

Est à jour des vaccinations obligatoires :

➤ **DIPHTERIE, TETANOS, POLIOMYELITE (recommandation Coqueluche) :**

Dernier Rappel : /..... /..... NOM COMMERCIAL :

(Schéma vaccinal à respecter selon nouvelles dispositions réglementaires du calendrier vaccinal de mars 2013)

➤ **HEPATITE B : Schéma vaccinal recommandé => 3 injections. NE PAS DEPASSER 6 DOSES**

	Date	Date	Date
PRIMO VACCINATION			
RAPPELS			

▪ **Sérologie Hépatite B:**

Date : Résultats : - AC anti **Hbs** : - AC anti **HBc**:

⚠ **Fournir les résultats, édités par un laboratoire,** même ancien, de la sérologie AC anti **Hbs** et AC anti **HBc** si 10 UI/L ≥ Sérologie AC anti Hbs ≤ 100 UI/L

Poursuivre le schéma de vaccination Hépatite B si :

↳ Sérologie AC anti Hbs < 10 UI/L
ou ↳ 10 UI/L ≥ Sérologie AC anti Hbs ≤ 100 UI/L et schéma vaccinal incomplet ou non renseigné (voir arbre décisionnel ci-joint)

➤ **TUBERCULOSE**

▪ **Intradermo-reaction: fournir un résultat de Tubertest chiffré**

⚠ **en mm, même ancien** (obligation d'une IDR chiffrée de référence, et non d'un monostest, en application de l'arrêté du 13/07/04)

Date du Tubertest : /..... /..... Résultat **CHIFFRÉ en mm** :

➤ **COVID 19 :**

▪ Immunité acquise par la maladie : RT-PCR positive le : Taux :

▪ Vaccination :

1ère injection le : /..... /..... NOM COMMERCIAL : N° de lot :

2ème injection le : /..... /..... NOM COMMERCIAL : N° de lot :

3ème injection le : /..... /..... NOM COMMERCIAL : N° de lot :

- Est immunisé(e) contre : (rayer les mentions inutiles)

La rougeole : oui non **Les oreillons :** oui non

La varicelle : oui non **La rubéole :** oui non

Recommandations 2011 : né(e) avant 1980 → 1 dose de ROR né(e) après 1980 → 2 doses de ROR

Conformément à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé

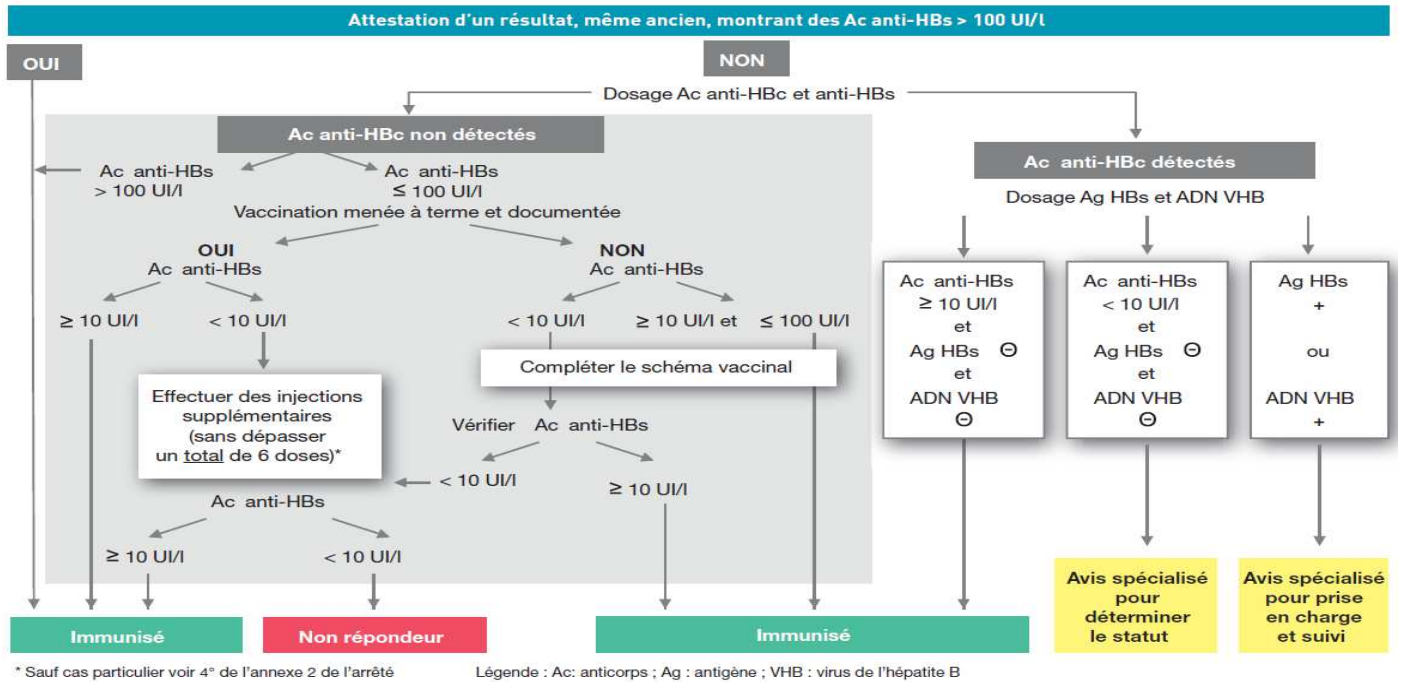
Joindre une photocopie des vaccinations, et des maladies infantiles

Date : /..... /.....

Signature et cachet du médecin

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des professionnels de santé

Instruction n° DGS/RI1/RI2/2014/21 du 21 janvier 2014, relative aux modalités d'application de l'arrêté du 2 août 2013
fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 du code de la sante publique



**L'admission définitive dans une école est subordonnée à la production
au plus tard le jour de la rentrée**

1. D'un certificat médical émanant d'un médecin agréé attestant vos aptitudes physiques et psychologiques nécessaires à l'exercice de la fonction
2. Du certificat vaccinal et conditions réglementaires ci-joint renseigné par un médecin
3. De la photocopie de la sérologie AC anti HBs et AC anti HBc (si anticorps anti HBs < 100)
4. D'une photocopie du relevé de vos vaccinations, des maladies infantiles de votre carnet de santé



IMPORTANT

**Par respect de confidentialité : la sérologie AC anti HBs et la sérologie AC anti HBc
éditées par le Laboratoire sont à fournir sous pli cacheté**