

Formation aux professions concernées par l'arrêté du 06 mars 2007/arrêté du 2 aout 2013/
Instruction N° DGS/RI1/RI2 du 21 janvier 2014 /
Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux

Je soussigné(e), Docteur atteste que Mr/Mme

Nom : Prénom :

Né(e) le

répond à ses obligations vaccinales et d'immunisation selon les textes en vigueur.

DIPHTERIE – TETANOS – POLIOMYELITE (DTP)

Date	Nom commercial
Dernier Rappel	

HEPATITE B : schéma vaccinal documenté => 3 injections

Date	Nom commercial	Date	Nom commercial
1 ^{ère} dose		4 ^{ème} dose	
2 ^{ème} dose		5 ^{ème} dose	
3 ^{ème} dose		6 ^{ème} dose	

SEROLOGIE HEPATITE B : fournir le résultat édité par le laboratoire, même ancien

1 - Anticorps anti-HBs : UI/L Date

Si $10 \text{ UI/L} \leq \text{Ac anti HBs} \leq 100 \text{ UI/L}$

Alors dosage :

2 – Anticorps anti-HBc : UI/L

Et

3 – Antigène HBs : UI/L

Si $\text{Ac anti HBs} < 10 \text{ UI/L}$ poursuivre le schéma vaccinal, jusqu'à 6 doses maximum (voir algorithme décisionnel ci-dessous)

TUBERCULOSE : un test immunologique de référence a été effectué

(même ancien, à refaire si notion de contagé dans l'intervalle)

- Tubertest (IDR)

Résultat mesuré en mm : Date :

Pour tout tubertest $\geq 15 \text{ mm}$: faire un test Quantiféron

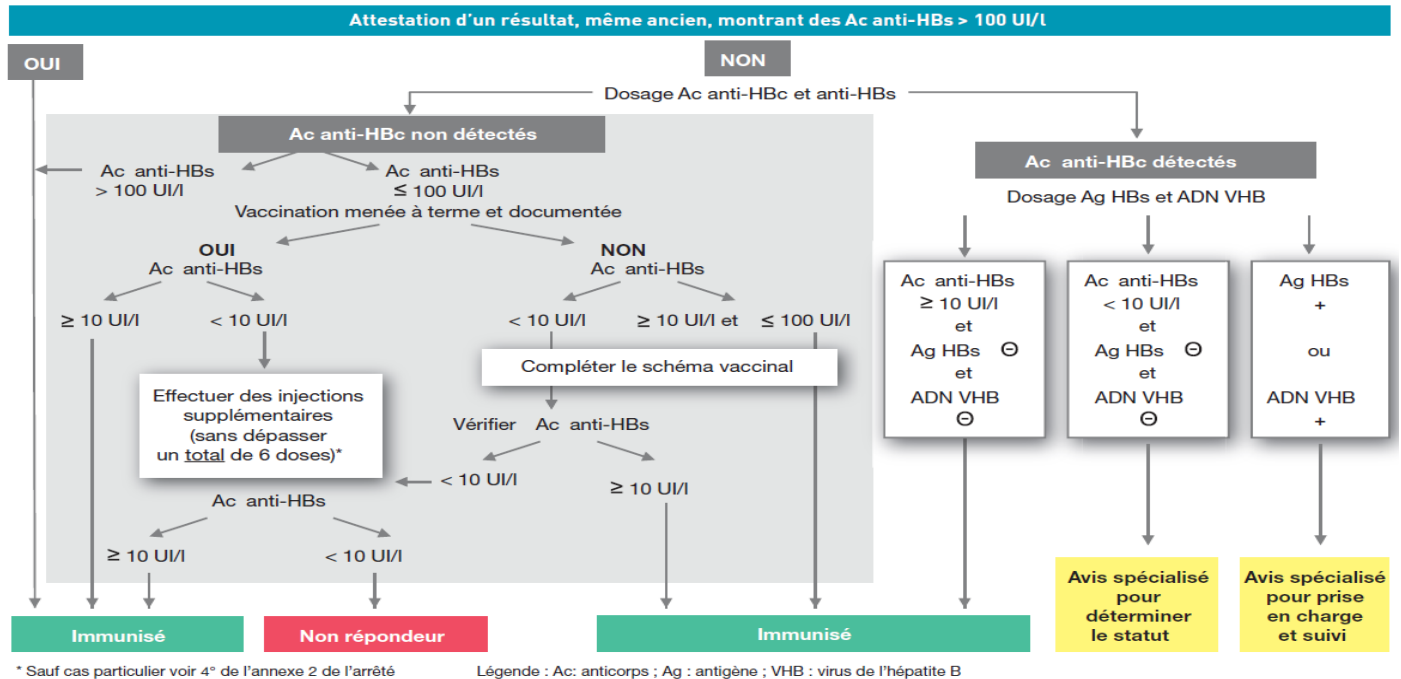
- ou test Quantiféron : Résultat Date :

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 établi par un médecin agréé** attestant de l'absence de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession
2. De l'**attestation de vaccinations obligatoires et d'immunisation** ci-jointe renseignée par votre médecin traitant
3. D'une photocopie de votre **sérologie hépatite B** (anticorps HBs...à fournir sous enveloppe fermée)
4. D'une photocopie de vos **vaccinations et maladies infantiles** de votre carnet de santé (sous enveloppe fermée)