

# Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : ..... NOM : ..... NOM de naissance : .....

Médecine  
 Odontologie  
 Pharmacie  
 Sage-femme

Prénom : ..... Date de naissance : .. / .. / ....

ou Institut de formation : ..... Département de naissance : ..... Code postal lieu de résidence : .....

Tél. : ..... Email : .....

Année d'admission : ..... Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger : .....

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](http://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 dTPca => Date : .. / .. / .... Nom : .....

## Hépatite B\*

**Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date\*\***

Rappel des conditions d'immunisation :

- 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<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose

- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg

- soit à l'adulte (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappels à 1 an
- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Injections supplémentaires => 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<sup>er</sup> 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.