



Institut de Formation en Soins Infirmiers
Institut de Formation pour les Aides-Soignants

4 rue de l'ancien calvaire BP 145
62604 BERCK SUR MER Cedex
03 21 09 05 47-secretariat@ifsi-berck.fr

ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS POUR L'INSCRIPTION DES ELEVES AIDES-SOIGNANTS (ANNEXE 3)

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

✓ **IDR** (Intradermoréaction à la tuberculine-Valeur de référence quelle que soit la date)

Date : ____/____/____

Taille de l'induration en mm :

Si négatif pas de revaccination

✓ **Diphtérie, tétanos et poliomyélite**

Dernier rappel DTP Vaccin : Date : ____/____/____

Dernier rappel DTCP Vaccin : Date : ____/____/____

✓ **Hépatite B**, selon les conditions définies au verso (**Joindre une sérologie**)

Ac anti HBs > 100 Schéma vaccinal complet :

10 < Ac anti HBs < 100 1^{ère} dose : Date : ____/____/____ Vaccin :

2^{ème} dose : Date : ____/____/____ Vaccin :

3^{ème} dose : Date : ____/____/____ Vaccin :

Injections supplémentaires : Date : ____/____/____ Vaccin :

Date : ____/____/____ Vaccin :

VACCINATIONS RECOMMANDEES

✓ **BCG**

Date vaccination : ____/____/____ ou cicatrice vaccinale

✓ **ROR**

1^{ère} dose : Date : ____/____/____ Vaccin : _____

2^{ème} dose : Date : ____/____/____ Vaccin : _____

✓ **VARICELLE**

Antécédent maladie – Date : ____/____/____

Si sérologie négative : 1^{ère} dose Vaccin :

2^{ème} dose Vaccin :

✓ **COVID 19**

Nombre de dose : ____ Date dernière dose : ____/____/____ Vaccin :

Δ Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations OBLIGATOIRES, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage.

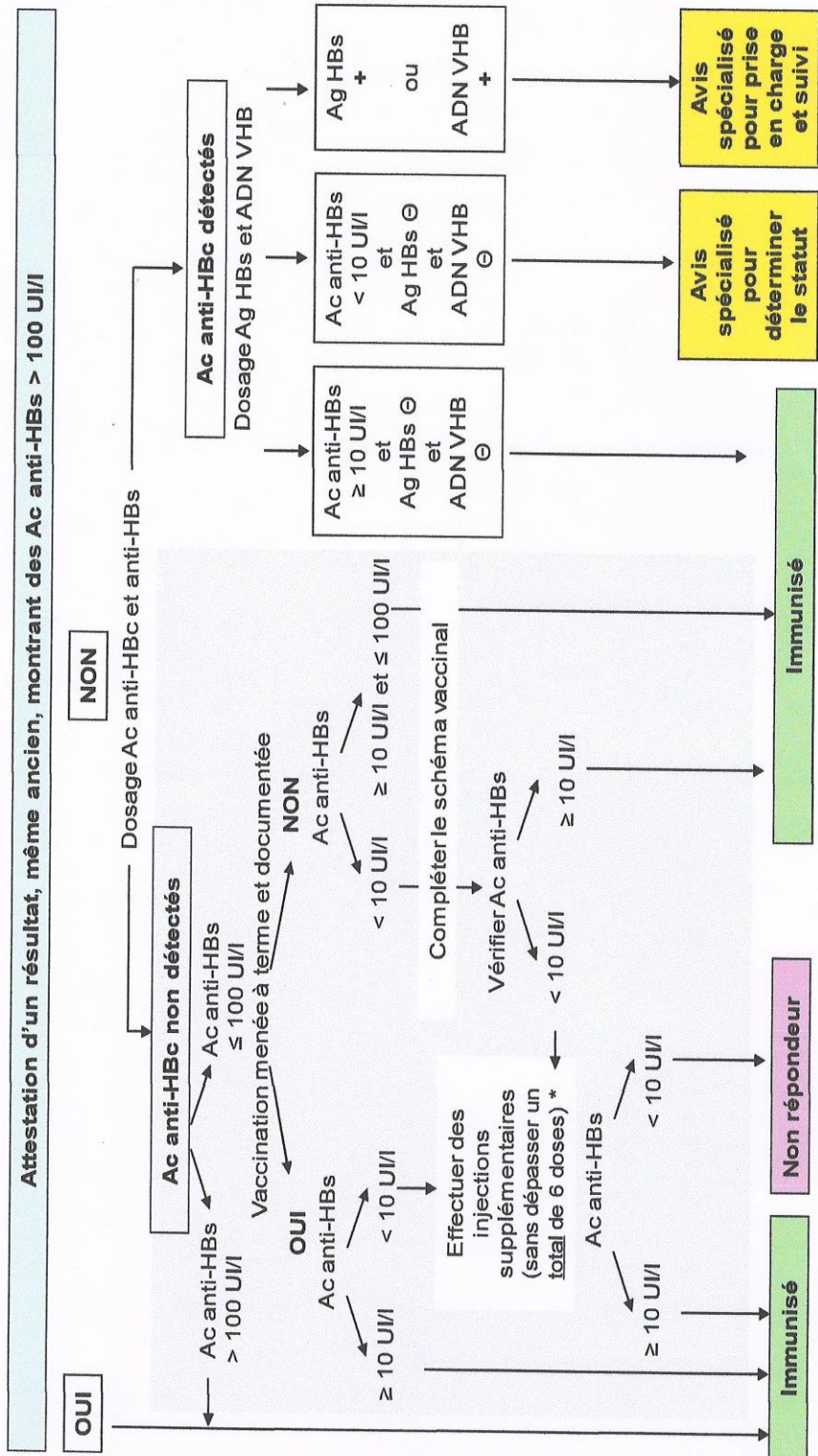
Je, soussigné(e) Docteur certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature et cachet du médecin



Algorithme pour le contrôle de l'immunisation des professionnels de santé



* Sauf cas particulier voir 4° de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B