ATTESTATION MEDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES
des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je, soussigné(e) Dr

Certifie que
Nom : **Prénom :** **Né(e) le**

Candidat(e) à l'inscription à (*entourer la filière choisie*) :

Professions médicales et pharmaceutiques : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ou pharmacien ;

Autres professions de santé : aide-soignant, ambulancier, assistant-dentaire, auxiliaire de puériculture, infirmier, infirmier spécialisé, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, technicien en analyses biomédicales.

Autres professions : services d'incendie et de secours, des pompes funèbres, thanatopracteurs, établissements sanitaires, médicosociaux et sociaux pouvant être exposés ou exposer les personnes dont elles sont chargées.

a été vacciné(e) :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite** :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	**Date**	**N° lot**

- **Contre la fièvre typhoïde** depuis moins de 3 ans (*pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles)* :

Nom du vaccin	**Date**	**N° lot**

- **Contre l'hépatite B,** selon les conditions définies au verso, il/elle est considéré(e) comme (*rayer les mentions inutiles*) :
  - Immunisé(e) contre l'hépatite B : **Oui** **Non**
  - Non répondeur (se) à la vaccination (après l'administration de 6 doses): **Oui** **Non**
    - Nécessite un avis spécialisé **Oui** **Non**

- **Par le BCG** :

  Oui **Non**

Si oui

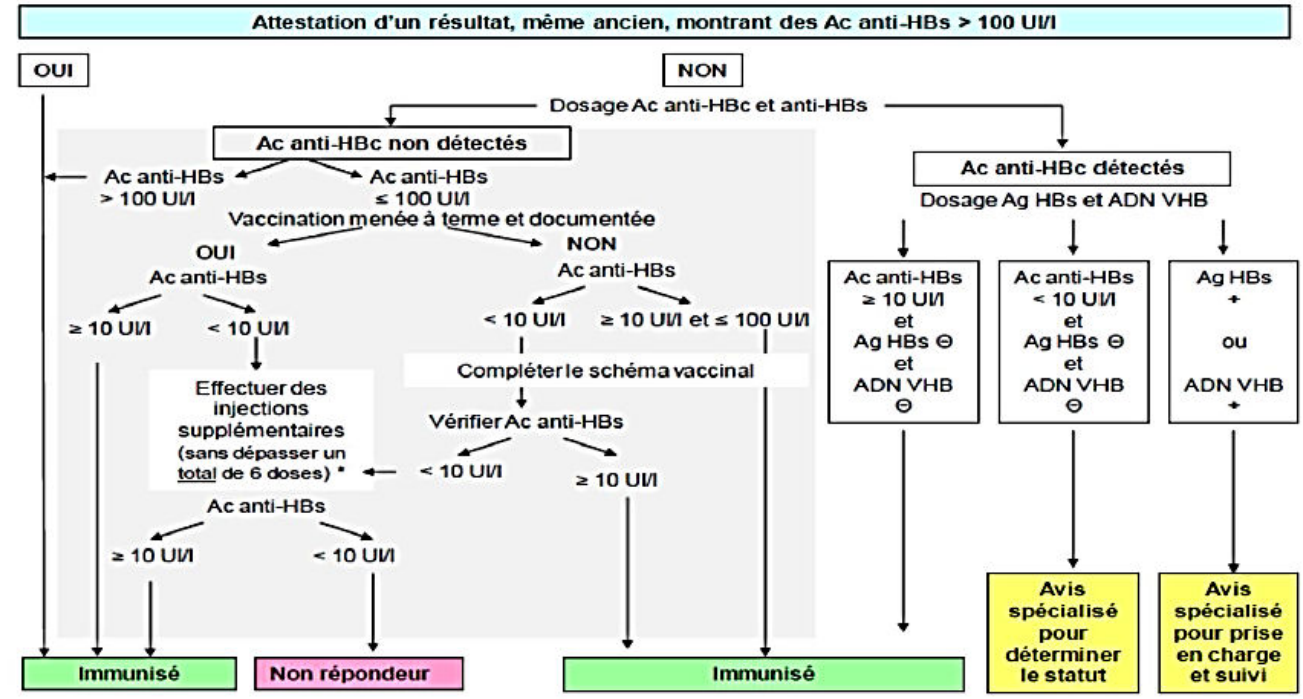
Nom du vaccin intradermique ou Monovax®	**Date du vaccin**	**N° lot**

IDR à la tuberculine	**Date**	**Résultat (*en mm*)**

Signature et cachet du médecin

Nota bene : S*elon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels en contact avec des personnes fragiles, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.*

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à L'article L.311-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



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

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

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP).
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours).
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiniques.
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP.
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III).
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP.
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf.www.vaccination-info-service.fr)