

- Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

Filière universitaire : **NOM :** **NOM de jeune fille :**
 Médecine **Prénom :** **Date de naissance :** .. / .. /
 Odontologie **Tél. :** **Email :**
 Pharmacie **ou Institut de formation :** IFAS ST.ANTOINE **Département de naissance :** **Code postal lieu de résidence :**
 Sage-femme **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 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 médecin : 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 dTcaP => 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)

Schéma complet :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
 - à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois
 - soit accéléré : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an
- } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
 - => Date : .. / .. / Nom :
 - => Date : .. / .. / Nom :

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- Antécédent de rougeole : => Date : .. / .. /
- sinon vaccination :
- Première dose => Date : .. / .. / Nom :
- Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :

Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

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*

Si présence d'une cicatrice vaccinale ou antécédent de vaccination ou IDR positive => **Pas de vaccination**

| | |
|---|---|
| BCG => Date : .. / .. / | Test tuberculinique (IDR) quelle que soit la date de réalisation (une valeur de référence post-vaccinale est indispensable) - Taille de l'induration en mm : |
|---|---|

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.