

Certificat de conformité aux obligations vaccinales des étudiants en filières de santé.

OBLIGATOIRE / Recommandé

Vaccinations	Dates
<p>COVID</p> <p>NB : événement=vaccination ou Covid maladie avec preuve</p>	<p>1^{er} événement :</p> <p>2^{ème} événement :</p> <p>3^{ème} événement :</p>
<p>HEPATITE B</p>	<p>1^{ère} injection :</p> <p>2^{ème} injection :</p> <p>3^{ème} injection :</p> <p>Injection(s) complémentaire(s) éventuelle(s) :</p> <p>Sérologie de contrôle réalisée le :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ac anti HBs = • Ac anti HBc = <p>(obligatoires si Ac anti-HBs < 100)</p>
<p>DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITIS +/- Coqueluche</p>	<p>Date des trois dernières injections :</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>Et date de la dernière injection avec valence anticoquelucheuse :</p>
<p>Le BCG est non obligatoire depuis 2019 ;</p> <p>un Tubertest de moins de 3 mois est recommandé à l'entrée dans le cursus (recommandation HCSP), réalisable au SUMPPS</p> <p>Ou un Quantiféron (non remboursé, tarif variable), sur ordonnance</p>	<p>BCG :</p> <p>Dernier tubertest (doit dater de moins de 3 mois) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisé le : • Résultat (en mm) :
<p>Rougeole – Oreillons – Rubéole</p>	<p>1^{ère} injection :</p> <p>2^{ème} injection :</p>
<p>Méningite C</p>	<p>Nom du vaccin :</p> <p>Date :</p>
<p>Varicelle (Maladie ou vaccination)</p>	<p>Année :</p>

Je soussigné(e), Docteur

Certifie que Mme, Mr..... né(e) le/...../.....

A reçu les vaccinations suscitées,

Fait à, le...../...../.....

Signature et cachet du médecin :

