

Veuillez patienter  
nous boostons  
votre système  
immunitaire



#JeMeVaccine

#JeNousProtège



<p><b>Filière universitaire :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Médecine</p> <p><input type="checkbox"/> Odontologie</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacie</p> <p><input type="checkbox"/> Sage-femme</p> <p><b>ou</b></p> <p><b>Institut de formation :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><b>NOM :</b> .....</p> <p><b>Prénom :</b> .....</p> <p><b>Tél. :</b> .....</p> <p><b>Département de naissance :</b> .....</p> <p><b>Code postal résidence :</b> .....</p>	<p><b>NOM de naissance :</b></p> <p>.....</p> <p><b>Date de naissance :</b> ..... / ..... / .....</p> <p><b>Email :</b> .....</p> <p><b>Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :</b> .....</p> <p>.....</p>
--	--	---

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différentes maladies. 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 un médecin. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats sérologiques réalisés (au minimum anticorps anti-HBs et anticorps anti-HBc), en même temps que votre dossier d'inscription, selon les modalités décrites par l'établissement.

### Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTP\*ca\*\*)

Faire un rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années.  
Puis rappels dTPca à âge fixe (25, 45 et 65 ans).

#### Dernier rappel dTP

Date : ..... / .... / ....

Nom : .....

#### Dernier rappel dTPca

Date : .... / .... / ....

Nom : .....

### Hépatite B\*

#### Conditions d'immunisation valides :

Ac anti-HBs > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)

Ac anti-HBs ≥ 10 UI/l et Ac anti-HBc négatif et schéma vaccinal complet

Autres situations : cf. Mémo « Professionnel de santé en charge des vaccinations des étudiants en santé »

#### Schémas complets valides :

- 3 doses (2 doses à au moins 1 mois d'intervalle, 3e dose au moins 5 mois après la 2e)
- Schéma accéléré (adultes) : 3 doses en 21 jours puis rappel à 1 an
- Schéma administré dans l'adolescence (entre 11 et 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois d'un vaccin dosé à 20 µg

Veuillez patienter  
nous boostons  
votre système  
immunitaire



#JeMeVaccine

#JeNousProtège



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE  
*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

ars  
Agence Régionale de Santé  
Nouvelle-Aquitaine

**Joindre résultats de sérologie sous pli confidentiel et indiquer les dates de vaccination (quels que soient les résultats de sérologie) :**

- Première dose => Date : .... / .... / .... Nom : .....

- Deuxième dose => Date : .... / .... / .... Nom : .....

- Troisième dose => Date : .... / .... / .... Nom : .....

**- Injections supplémentaires :**

Date : .... / .... / .... Nom : .....

Date : .... / .... / .... Nom : .....

Date : .... / .... / .... Nom : .....

### Rougeole Oreillons Rubéole (ROR)\*\*

**Personnes nées depuis 1980 :** 2 doses recommandées, à 1 mois d'intervalle quels que soient les antécédents pour ces 3 maladies (ou 3 doses si 1<sup>ère</sup> dose de vaccin reçue avant l'âge de 12 mois). Pas de contrôle sérologique préalable à effectuer.

**Personnes nées avant 1980 :** 1 dose si aucun antécédent rougeole ou si doute (sans contrôle sérologique préalable).

**Personnes nées depuis 1980**

Première dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

**Personnes nées avant 1980**

Antécédent rougeole : Oui / Non

Si Non : Date vaccination : .... / .... / ..... Nom : .....

### Varicelle\*\*

**Vaccination avec 2 doses si aucun antécédent varicelle (ou si doute) et sérologie négative.**

Antécédent varicelle : Oui / Non

Si Non :

Sérologie positive : *Joindre le résultat sous pli confidentiel*

Sérologie négative : Précisez les dates des vaccinations :

Première dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose : Date : .... / .... / ..... Nom : .....

**Les vaccinations grippe\*\* et Covid\*\* seront à réaliser chaque année**

Veuillez patienter  
nous boostons  
votre système  
immunitaire



#JeMeVaccine

#JeNousProtège



### Infections invasives à méningocoques (IIM) ACWY\*\*\* et B\*\*\*

**IIM ACWY : 1 dose entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 24 ans inclus.**

**IIM B : 2 doses entre 15 et 24 ans**

Date vaccination Men ACWY : .... / .... / ..... Nom : .....

Première dose Men B : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose Men B : .... / .... / ..... Nom : .....

### Infections à papillomavirus (HPV)\*\*

**HPV : 2 doses entre 11 et 14 ans, avec un rattrapage jusqu'à 26 ans inclus (3 doses si 1<sup>ère</sup> dose initiée à partir de 15 ans)**

Première dose HPV : .... / .... / ..... Nom : .....

Deuxième dose HPV : .... / .... / ..... Nom : .....

Troisième dose HPV : .... / .... / ..... Nom : .....

### Tuberculose

**Vaccination : non obligatoire depuis le 1er avril 2019**

**IDR (Intra Dermo Réaction) : Il n'est pas obligatoire de disposer d'un résultat d'IDR.**

Toutefois, le médecin pourra proposer à l'étudiant, en l'absence d'examen de référence, de réaliser ce test (ou une IGRA, préférée chez les sujets vaccinés par le BCG) car le résultat peut servir de référence en cas de contagion ultérieure et de détection d'infection tuberculeuse latente (ITL), particulièrement chez les étudiants originaires de zones d'endémie ou de forte circulation et étant en France depuis moins de 5 ans. À noter, la réalisation d'IDR est à éviter dans le mois suivant une vaccination ROR.

Si existence d'un résultat d'IDR connu, même ancien, et mesuré en mm, celui-ci doit être indiqué avec la date de réalisation.

Si informations disponibles, indiquer :

Date de la vaccination : .....

Date dernière IDR et résultat (en mm) : .....

Date IGRA de référence et résultat : .....

\* Vaccination obligatoire pour devenir professionnel de santé \*\*Vaccination recommandée chez les professionnels de santé

\*\*\* Vaccination recommandée en population générale dans cette tranche d'âge

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

Fait le : .... / .... / .....

Signature et cachet du praticien :