



Attestation médicale d'immunisation et de vaccinations obligatoires pour
réaliser des stages en milieu hospitalier et/ou établissement
d'hébergement médico-social

Direction des Soins

Docteur	Téléphone :
Titre et qualification :	
Adresse :	

Je, soussigné(e), Dr
certifie que Mr/Mme né(e) le
candidat(e) à la formation
a été vacciné(e) :

- contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite : dernier rappel effectué

Nom du Vaccin	Date	n° du lot

- contre l'hépatite B : Nom du vaccin :

	Dates	n° du lot
1 ère injection J0		
2 ème injection à 1 mois		
3 ème injection à 6 mois		
Injections supplémentaires		

Si résultat < 100UI/L, faire une recherche Ac anti HBc

Si Ac anti HBc positif, faire une recherche Ag HBs

Taux Anticorps Anti-HBs =

Est considéré(e) comme :

- Immunisé contre l'Hépatite B : oui non
- Résistant à la vaccination : oui non

- contre la tuberculose : oui non

Nom du Vaccin	Date	n° du lot

IDR à la tuberculine	Date	Résultat en mm

Signature du Médecin et tampon :

NB : selon le calendrier vaccinal en vigueur, pour les professionnels de santé, il est par ailleurs recommandé d'être immunisé contre la coqueluche, la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière.

D.S.F.011	Version 5	15/04/2020	Page 2/2
-----------	-----------	------------	----------