

- 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
 Sage-femme

ou Institut de formation :

Année d'admission :

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 médecin. 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 dTPca => Date : .. / .. / Nom :

Hépatite B*

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) **Ac anti-HBs** > 100 UI/l (quel que soit l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) **Ac anti-HBs** ≥ 10 UI/l et **Ac anti-HBc** négatif (si schéma vaccinal complet)

*Joindre les résultats***

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 (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B)
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B)
 - Première dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Deuxième dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Troisième dose => Date : .. / .. / Nom :
 - Injections supplémentaires => Date : .. / .. / Nom :
 - => Date : .. / .. / Nom :
 - => Date : .. / .. / Nom :

Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- 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

Une seule injection 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)

Une valeur de référence est indispensable (quelque soit la date)

- Taille de l'induration en mm :

Radio pulmonaire de moins de 2 ans :
(à l'entrée dans la filière de formation)

*Joindre le résultat***

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.