



ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

(Pour le stage et l'épreuve pratique du Certificat de Capacité pour Effectuer des Prélèvements Sanguins)

Docteur (Nom – Prénom) : _____

Titre et qualification : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Je soussigné(e) Docteur _____

certifie que M / Mme / Mlle (Nom – Prénom) _____ né(e) le _____

candidat(e) au Certificat de Capacité pour Effectuer des Prélèvements Sanguins, **est à jour de ses vaccinations** :

- **Contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite** :

Dernier rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° de lot

- **Par le B.C.G.**

Vaccin intradermique ou Monovax	Date (dernier vaccin)	N° de lot

IDR à la tuberculine	Date	Résultat (en mm)

- **Contre l'hépatite B, il/elle est considéré(e) comme** :

- Immunisé(e) contre l'hépatite B : OUI NON
- Non répondeur à la vaccination : OUI NON

- **Contre la fièvre typhoïde** non obligatoire depuis moins de 3ans, [Décret no 2020-28 du 14 janvier 2020](#)), (sauf pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale lors de manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des Salmonelles) :

Nom du vaccin	Date	N° de lot

Fait à

le

Signature et cachet du médecin