

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** depuis moins de 3 ans (pour les élèves, étudiants ou professionnels de santé ayant un stage ou une activité à risque de contamination dans un laboratoire de biologie médicale, i.e. 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