

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____/____/____
Age : _____

Courriel : _____
Téléphone : ____/____/____/____/____

Cette fiche devra être transmise, **au minimum un mois avant le début de votre stage**, au Centre de Santé Universitaire, à l'adresse suivante : csu.infirmierie@univ-cotedazur.fr.

ATTENTION ! À défaut de respecter ces conditions, **vous ne serez pas autorisé(e) à débiter votre stage**. Les démarches administratives pouvant être longues, il est fortement recommandé **d'anticiper au maximum**.

Je soussigné Dr _____ atteste que l'étudiant susmentionné a été vacciné et est à jour de ses rappels :

Diphtérie – Tétanos – Polio (dTP) / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Dernier rappel => Date : ____/____/____ Nom : _____

Est immunisé(e) contre l'hépatite B :

Les différents schémas complets :

- Soit classique 3 doses (recommandé) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3^{ème} au moins 5 mois après la 2^{ème} dose
- Soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois
- Soit accéléré : 3 doses en 21 jours (J0, J7, J21), rappel à 1 an

Hépatite B (schéma vaccinal complet + sérologie hépatite B)

⇒ Première dose : Date : ____/____/____ Nom : _____
 ⇒ Deuxième dose : Date : ____/____/____ Nom : _____
 ⇒ Troisième dose : Date : ____/____/____ Nom : _____
 ⇒ Injections supplémentaires : Date : ____/____/____ Nom : _____
 Date : ____/____/____ Nom : _____
 Date : ____/____/____ Nom : _____

Sérologie Hépatite B complète (à joindre à ce document) :

Il est rappelé que la réalisation d'un schéma vaccinal complet est indispensable avant tout contrôle sérologique, sauf circonstances particulières (par exemple vaccination déjà réalisée mais dont les preuves ont disparu, nombre de doses déjà reçues inconnues).

(<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=37911>)

Date : ____/____/____
 AC anti-HBs :
 AC anti-HBc :
 Ag HBS :

Test tuberculinique de moins d'un an (vaccination non obligatoire à compter du 1^{er} avril 2019)

BCG Nom : _____
 Date : ____/____/____

Date du test : ____/____/____ (Lecture 48-72h après)

Taille de l'induration en mm :

*En cas d'IDR >5 mm, le Centre de Santé Universitaire indiquera à l'étudiant la démarche à suivre

Vaccination ROR (vaccination obligatoire depuis le 1er janvier 2018 pour les enfants de 1 an)

⇒ Première dose : Date : ____/____/____ Nom : _____
⇒ Deuxième dose : Date : ____/____/____ Nom : _____

Autres vaccinations recommandées pour les étudiants en santé :

- COVID 19
- Grippe
- Méningite ACWY et Méningite B (pour les moins de 24 ans)
- Méningocoque C
- Varicelle (si absence d'antécédent de maladie)

A _____, le _____

Signature et cachet du médecin

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Vaccination contre l'hépatite B

Un titre d'anticorps anti-HBs ≥ 10 UI/l, mesuré quatre à huit semaines après la 3e dose de primo-vaccination (ou après le rappel de douze mois en cas de schéma accéléré), est retenu internationalement comme seuil d'immunisation

Plus d'infos :

<https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Recommandations-vaccinales-specifiques/Professionnels-exposes-a-des-risques-specifiques/Professionnels-de-sante>
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=37911>

Vaccination contre la rougeole

Les personnes nées avant 1980, non vaccinées et sans antécédent connu de rougeole ou de rubéole, qui exercent des professions de santé en formation doivent recevoir une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.

La vaccination avec une dose de vaccin trivalent ROR est fortement recommandée pour les personnes travaillant dans les services accueillant des patients à risque de rougeole grave (immunodéprimés).

Schéma vaccinal : Personnes nées depuis 1980 et âgées de plus de 18 mois : rattrapage pour obtenir, au total, deux doses de vaccin trivalent ROR (avec un délai minimal d'un mois entre les doses), quels que soient les antécédents vis-à-vis des trois maladies.