



**Pôle de Formation des professionnels de santé
Institut de Formation des Aides-Soignants**

ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION ET DE VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Des personnes mentionnées à l'article L3111-4 du code de la santé publique

Je soussigné(e), Docteur

Atteste que : M./Mme

Né(e) le à

Candidat à l'entrée en formation en IFAS (Institut de Formation des Aides-Soignants)

A été vacciné(e) :

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

| Dernier rappel effectué | | |
|-------------------------|------|-----------|
| Nom du vaccin | date | N° de lot |
| | | |

- **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 la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles, susceptibles de contenir des salmonelles*) :

La vaccination n'est pas obligatoire pour la formation aide-soignant

| Nom du vaccin | Date | N° lot |
|---------------|------|--------|
| | | |

- **Contre l'hépatite B**, selon les conditions définies page 2, il/elle est considéré(e) comme (rayer les mentions inutiles) :

- immunisé(e) contre l'hépatite B : oui non

- non répondeur (se) à la vaccination : oui non

- **Titrage des Ac anti HBS** :

Preuve vaccinale :

| Vaccinations obligatoires | Spécialité vaccinale | Numéro de lot | Dose | Date |
|--|-----------------------|---------------|------|------|
| Hépatite B (schéma à 3 injections) | 1 ^{ère} inj. | | | |
| | 2 ^{ème} inj. | | | |
| | 3 ^{ème} inj. | | | |
| | | | | |

- **Par le BCG* :**

| Nom du vaccin intradermique ou Monovax® | Date du vaccin ou mention « non vacciné » | N° lot |
|---|---|--------|
| | | |

**Un arrêté du 27 février 2019 a suspendu l'obligation de vaccination par le BCG*

| IDR à la tuberculine* | date | Résultat (en mm) |
|-----------------------|------|------------------|
| | | |

*L'IDR de référence est obligatoire : Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques.

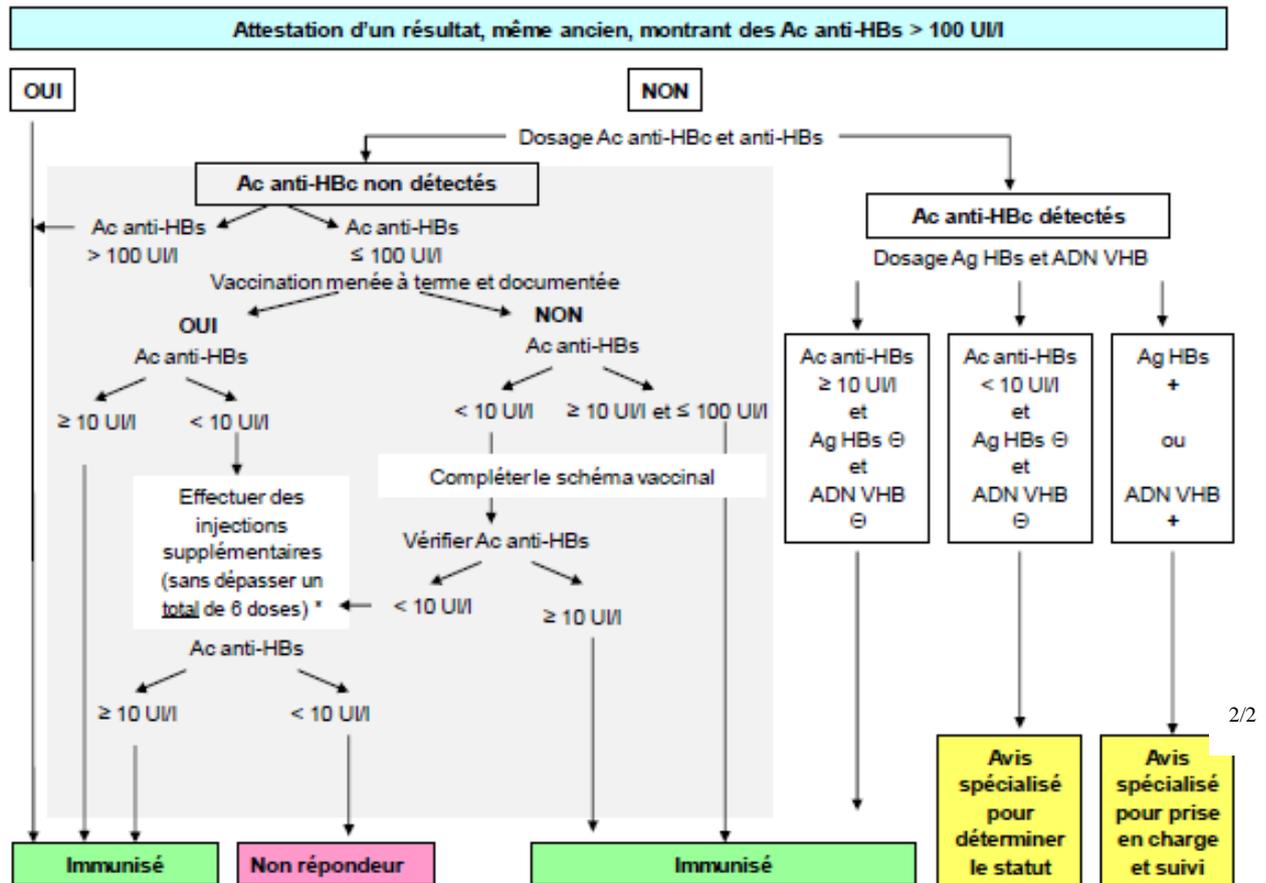
Le : | | | | |

Signature et Cachet du médecin

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

SCHÉMA DE VACCINATION ET IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B

Algorithme pour le contrôle de l'immunisation contre l'hépatite B des personnes mentionnées à l'article L.3111-4 et dont les conditions sont fixées par l'arrêté du 2 août 2013



* Sauf cas particulier voir 4^e de l'annexe 2 de l'arrêté

Légende : Ac : anticorps ; Ag : antigène ; VHB : virus de l'hépatite B

Textes de référence

- Articles L.3111-1, L.3111-4 et L.3112-1 du code de la santé publique (CSP)
- Arrêté du 15 mars 1991 fixant la liste des établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins dans lesquels le personnel exposé doit être vacciné, modifié par l'arrêté du 29 mars 2005 (intégration des services d'incendie et de secours)
- Arrêté du 13 juillet 2004 relatif à la pratique de la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et aux tests tuberculiques
- Arrêté du 6 mars 2007 relatif à la liste des élèves et étudiants des professions médicales et pharmaceutiques et des autres professions de santé pris en application de l'article L.3111-4 du CSP
- Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux (Titre III)
- Arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes visées à l'article L.3111-4 du CSP
- Calendrier vaccinal en vigueur (cf. Site du ministère chargé de la santé : <http://www.sante.gouv.fr/vaccinations-vaccins-politique-vaccinale.html>)