

**Etablissement Régional de Formation des Professions Paramédicales
I.F.A. du G.I.P.E.S. d'Avignon et du pays du Vaucluse**

740 chemin des Meinajariés
TSA 78421 - 84907 AVIGNON Cedex 9
Tél. : 04.32.40.37.00 - Fax : 01.57.67.56.79
contact.ifa@gipes.fr

CERTIFICAT MEDICAL DE VACCINATION



Je soussigné(e) Docteur certifie que
Mme, Mlle, M. (NOM DE NAISSANCE & NOM MARITAL)
(PRÉNOM) né(e) le /__/ /__/ /__/

- est à jour de ses vaccinations réglementaires
- n'est pas à jour de ses vaccinations réglementaires
- doit faire un IDR
- doit faire une injection de
- doit faire une sérologie
- doit faire un rappel de

BCG	Date	N° du lot	Ou présence d'une cicatrice vaccinale si né(e) après 1979
IDR	Date (intradermoréaction datant de moins de 3 mois)	Lecture en millimètre si positif	
		< 0 ou mm	

DTP	Injection	Date	Numéro de lot
	1 ^{ère}		
	2 ^{ème}		
	3 ^{ème}		
Dernier rappel (rappel tous les 5 ans jusqu'à 21 ans et tous les 10 ans au-delà)			

HEPATITE B	Injection (en fonction du schéma vaccinal)	Date	Numéro de lot
	1 ^{ère}		
	2 ^{ème}		
	3 ^{ème}		
	Rappel		
	Sérologie anticorps AHBS et antigène AHBS		Date

Pour les professionnels de santé le décret de mars 2007 fixe le seuil d'immunisation à **100 UI/l**. Voir avec votre médecin traitant si le résultat de l'ACHBS est **inférieur à 100 UI/l faire un rappel**.

Date de rappel	Réf. du vaccin & n° du lot

Fait à
Date /__/ /__/ /__/

Signature & cachet du médecin