

# - Inscription des étudiants en santé - Fiche médicale à valider par un médecin

**Filière universitaire :** ..... **NOM :** ..... **NOM de naissance :** .....  
 Médecine **Prénom :** ..... **Date de naissance :** .. / .. / ..  
 Odontologie **Tél. :** ..... **Email :** .....  
 Pharmacie **ou Institut de formation :** ..... **Département de naissance :** ..... **Code postal lieu de résidence :** .....  
 Sage-femme **Année d'admission :** ..... **Commune de naissance ou pays si né(e) à l'étranger :** .....

Avant votre entrée en formation, vous devez apporter la preuve que vous êtes vacciné(e) contre différents risques infectieux. **Si vous n'êtes pas à jour des vaccinations obligatoires, vous ne serez pas autorisé(e) à aller en stage. Les tableaux suivants devront être complétés par votre médecin sauf si le carnet de vaccination électronique a été créé sur [www.mesvaccins.net](http://www.mesvaccins.net) et validé par un professionnel de santé. Cette fiche devra être communiquée, avec les résultats\*\*, en même temps que votre dossier d'inscription (article L3111.4 du Code de la Santé Publique).**

**Si carnet de vaccination électronique créé et validé par un professionnel de santé : code de partage**

Le médecin n'a rien de plus à compléter. Joindre uniquement les résultats demandés sous pli confidentiel.

## Diphtérie-Tétanos-Polio (dTP)\* / Diphtérie-Tétanos-Polio-Coqueluche (dTPca)

Rappel dTPca si un vaccin coquelucheux n'a pas été administré dans les 5 dernières années (respecter un délai de 1 mois après le dernier dTP). Lors des rappels à âge fixe (25, 45 et 65 ans), sera réalisé systématiquement un dTPca.

**Dernier rappel dTP =>** Date : .. / .. / .... **Nom :** ..... **Dernier rappel dTcaP =>** Date : .. / .. / .... **Nom :** .....

## Hépatite B\*

**Joindre les résultats sérologiques quelle que soit la date\*\***

Rappel des conditions d'immunisation :

- 1) **Ac anti-HBs** > 100 UI/l (quels que soient l'historique vaccinal et l'ancienneté des résultats)
- 2) **Ac anti-HBs** ≥ 10 UI/l et **Ac anti-HBc** négatif (si schéma vaccinal complet)

Les différents schémas complets :

- soit classique (3 doses) : 2 doses à 1 mois d'intervalle, la 3<sup>ème</sup> au moins 5 mois après la 2<sup>ème</sup> dose
- soit à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois } avec un vaccin contre l'hépatite B dosé à 20 µg
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an }
  - Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - => Date : .. / .. / .... Nom : .....

## Covid-19\*

**Antécédent de COVID =>** Date : .. / .. / .... **Première dose =>** Date : .. / .. / .... **Deuxième dose =>** Date : .. / .. / .... **Rappel =>** Date : .. / .. / ....

## Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

Personnes nées avant 1980 :

- Antécédent de rougeole => Date : .. / .. / ...
- Pas d'antécédent de rougeole ou doute => vaccination 1 dose recommandée sans contrôle sérologique préalable

Personnes nées depuis 1980 :

- vaccination 2 doses recommandées quels que soient les ATCD

**Schéma vaccinal :**

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

## Varicelle

- Antécédent de maladie
- Pas d'antécédent ou doute

Si pas d'antécédent ou doute => Sérologie à faire

**Joindre le résultat\*\***

Si sérologie négative => Vaccination recommandée

- Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
- Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....

## Méningocoque C

**Vaccination recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus =>** Date : .. / .. / .... **Nom :** .....

## Tuberculose (vaccination non obligatoire à compter du 1<sup>er</sup> avril 2019) recueillir uniquement des éléments ci-dessous

### BCG

**=>** Date : .. / .. / ....

### Test tuberculinique (IDR)

quelle que soit la date de réalisation

(une valeur de référence post-vaccinale est indispensable)

- Taille de l'induration en mm :

Je, soussigné Dr \_\_\_\_\_ certifie que les renseignements inscrits ci-dessus sont exacts.

Fait le :

Signature et cachet du praticien :

\* Obligatoire

\*\* Nous vous rappelons que tous les éléments demandés doivent être joints sous pli confidentiel.