

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

**Filière universitaire :** ..... **NOM :** ..... **NOM de jeune fille :** .....  
 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 médecin. 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 médecin : 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 dTPca =>** Date : .. / .. / .... Nom : .....

## Hépatite B\*

**Rappel des conditions d'immunisation :**

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

*Joindre les résultats\*\**

**Schéma complet :**

- 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
- à l'adolescence (de 11 à 15 ans) : 2 doses espacées de 6 mois (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B)
- soit accéléré (à titre exceptionnel) : 3 doses en 21 jours, rappel à 1 an (avec ENGERIX B20 ou GENHEVAC B)
  - Première dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Deuxième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Troisième dose => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - Injections supplémentaires => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - => Date : .. / .. / .... Nom : .....
  - => Date : .. / .. / .... Nom : .....

## Rougeole-Oreillons-Rubéole (ROR)

- 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

Une seule injection recommandée jusqu'à l'âge de 24 ans inclus => Date : .. / .. / .... Nom : .....

## Tuberculose\*

Si présence d'une cicatrice vaccinale ou antécédent de vaccination ou IDR positive => **Pas de vaccination**

### BCG

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

### Test tuberculinique (IDR)

Une valeur de référence est indispensable (quelque soit la date)

- Taille de l'induration en mm :

### Radio pulmonaire

de moins de 2 ans :

(à l'entrée dans la filière de formation)

*Joindre le résultat\*\**

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.