



Nom _____

Prénom _____

Programme _____

Date de naissance _____

Nom du vaccin ou du test	Date du vaccin (A/M/J)	Transcrit	Signature/initiales, sceau/institution
Dépistage tuberculinique (2 étapes) 1° TCT lecture : _____ mm 2° TCT lecture : _____ mm 3° TCT lecture : _____ mm Référé (lieu): _____	<input type="checkbox"/> Non-indiqué _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Feuille d'évaluation ci-jointe <input type="checkbox"/> _____ _____ _____ _____ _____ Copie du rapport de consult joint <input type="checkbox"/> _____
Vaccins diphtérie-coqueluche-tétanos-polio Nom du vaccin et date : _____ _____ _____ _____ _____ _____	_____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____
1° MMR – RRO (rougeole-rubéole-oreillons) 2° MMR <input type="checkbox"/> ou anti-rougeoleux <input type="checkbox"/>	_____/_____/_____ _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____
Vaccin Hépatite B 1 ^{ère} dose : 2 ^e dose: 3 ^e dose: anti-HBs : pos. ≥10 UI/L _____ nég _____ Si dosage négatif : refaire une dose de vaccin hépatite B suivi d'un autre dosage <u>un mois après</u> . 4 ^e dose : anti-HBs : pos. ≥10 UI/L _____ nég _____ Si le 2 ^e dosage est négatif redonner 2 autres doses 5 ^e dose : 6 ^e dose : anti-HBs : pos. ≥10 UI/L _____ nég _____	<input type="checkbox"/> Non-indiqué _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ <input type="checkbox"/> Sérologie non requise _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
Est-ce que l'étudiant(e) a eu la varicelle ou histoire antérieure de zona ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> et année ou âge _____ Si non, épreuve sérologique : Résultat : négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> _____ Si négatif : Vaccin varicelle dose 1 _____ Vaccin varicelle dose 2 _____	Année ou âge : _____ _____/_____/_____ _____/_____/_____ _____/_____/_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ _____
Méningite : < de 18 ans : méningocoque C nécessaire <input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Dose reçue	_____/_____/_____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	Programme vaccinal amorcé, peut intégrer ses stages (date, signature et sceau)		
<input type="checkbox"/>	Programme vaccinal complété (date, signature et sceau)		