

 <p>Groupement Hospitalier de Territoire <b>Alpes du Sud</b> <small>Gap-Sisteron · Briançon · Laragne · Embrun · Aiguilles · Barcelonnette</small></p>	<p><b>Certificat médical d'immunisation et de vaccinations obligatoires</b> (à fournir pour toute demande de stages hospitaliers en unités de soins, en services médico-techniques et secrétariats médicaux)</p>	 <p>CENTRE HOSPITALIER Intercommunal des Alpes du Sud Gap-Sisteron</p>
---	--	---

Je, soussigné(e), Docteur..... certifie que :

Nom : ..... Prénom : ..... né(e) le : .....

A été vacciné(e) :

➤ **Contre la COVID 19**

1 <sup>ère</sup> injection	Date.....
2 <sup>ème</sup> injection	Date.....
Si antécédent COVID +	Date de l'injection (justificatif à fournir) : .....

➤ **Contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (ou DTPCoq)**  
(cf. calendrier vaccinal 2014 aux rappels à 25, 45, 65 ans)

Dernier Rappel effectué		
Nom du vaccin	Date	N° lot

➤ **Contre l'hépatite B : vaccination menée à son terme**  
(article 3 de l'arrêté du 2 août 2013)

	Dates
1 <sup>er</sup> injection	
2 <sup>ème</sup> injection	
3 <sup>ème</sup> injection	

Dernière sérologie complète réalisée le.....

Résultats chiffrés Anticorps Anti Hbs : .....

(Anticorps Anti Hbs > 100 UI/L : immunité acquise).

Antigène Hbs : .....

Anticorps Anti Hbc : .....

➤ **Par le BCG**

Vaccin intradermique ou Monovax <sup>®</sup>	Date (dernier vaccin)	N° lot
1 IDR (même ancienne)		Résultats : .....mm
Test Quantiferon (éventuel)		Résultats : .....

**Date :**

**Signature et cachet du médecin :**

**Nota bene :** selon le calendrier vaccinal en vigueur, il est par ailleurs recommandé d'être vacciné contre la rougeole, la rubéole, la varicelle et la grippe saisonnière ou les contrôles d'immunité sont à fournir contre la rougeole et la varicelle.