

 <p>Groupement Hospitalier de Territoire Alpes du Sud <small>Gap-Sisteron · Briançon · Laragne · Embrun · Aiguilles · Barcelonnette</small></p>	<p>Certificat médical d'immunisation et de vaccinations obligatoires (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 ^{ère} injection	Date.....
2 ^{ème} 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 ^{er} injection	
2 ^{ème} injection	
3 ^{ème} injection	

Dernière sérologie complète réalisée le.....

Résultats chiffrés Anticorps Anti Hbs :

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

Antigène Hbs :

Anticorps Anti Hbc :

➤ **Contre la fièvre Typhoïde**

(depuis moins de 3 mois (pour les élèves ayant un stage ou une activité dans un laboratoire de biologie médicale, lors de la manipulation d'échantillons biologiques, en particulier de selles susceptibles de contenir des salmonelles) :

Nom du vaccin	Date	N° lot

➤ **Par le BCG**

Vaccin intradermique ou Monovax [®]	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.