

 <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) :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES					
Diphtérie-Tétanos-Polio et/ou Coqueluche (dernier rappel effectué)					
Vaccination anti SARS-COV 2		1 <sup>ère</sup> dose		2 <sup>ème</sup> dose	
Rappel					
Date antécédent de COVID (justificatif)					
<b>Date des différents vaccins contre l'Hépatite B reçus (conformément à l'arrêté de 2013) (vaccination menée à son terme)</b>					
1 <sup>ère</sup> dose		2 <sup>ème</sup> dose		3 <sup>ème</sup> dose	
<b>Sérologie Hépatite Virale B (attention résultats chiffrés)</b>					
Taux d'Anticorps anti HBs :			Date :		
Antigène HBs :			Anticorps Anti HBc :		
<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif			<input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Positif		

VACCINATIONS RECOMMANDEES			
R.O.R. (Rougeole-Oreillons-Rubéole : 2 doses)		1 <sup>ère</sup> dose	2 <sup>ème</sup> dose
<b>Résultats de l'intradermo réaction de moins de 1 an (sauf contre-indications) ou du test Quantiferon</b>			
Date(s) BCG :			
Date de lecture IDR :		Résultats IDR :	mm
Date du test Quantiféron :			
Date	Nom et Prénom du Médecin	Tampon du Médecin	