

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Faculté \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Nom du vaccin ou du test	Date du vaccin (A/M/J)	Copie	Signature et sceau ou institution
<b>Dépistage tuberculinique (2 étapes)</b>			
1° TCT	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
lecture : _____ mm	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
2° TCT	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
lecture : _____ mm	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
3° TCT	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
lecture : _____ mm	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
Référé :	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Vaccin diphtérie-coqueluche-tétanos</b>			
<b>Vaccin diphtérie-tétanos-polio</b>			
dCaT rappel <input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
dcaT + Polio 1 <sup>ère</sup> dose <input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
DTPolio 2 <sup>e</sup> dose <input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
DTPolio 3 <sup>e</sup> dose ou rappel <input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Vaccin poliomyélite</b>			
Sabin reçu enfance _____ doses	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
	Date dernière dose		
Polio rappel <input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
1° MMR – RRO (rougeole-rubéole-oreillons)	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
2° MMR <input type="checkbox"/> ou anti-rougeoleux <input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Vaccin Hépatite-B</b>			
1 <sup>ère</sup> dose :	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
2 <sup>e</sup> dose:	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
3 <sup>e</sup> dose:	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
anti-HBs : pos. ≥10 UI/L _____ nég _____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
Si dosage négatif : refaire une dose de vaccin hépatite B suivi d'un autre dosage <u>un mois après.</u>			
4 <sup>e</sup> dose :	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
anti-HBs : pos. ≥10 UI/L _____ nég _____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
Si le 2 <sup>e</sup> dosage est négatif redonner 2 autres doses			
5 <sup>e</sup> dose :	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
6 <sup>e</sup> dose :	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
anti-HBs : pos. ≥10 UI/L _____ nég _____	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Est-ce que l'étudiant(e) a eu la varicelle?</b>			
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Année : _____	<input type="checkbox"/>	_____
Si non, épreuve sérologique :			
Résultat : négatif <input type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/>	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
Si négatif : Vaccin varicelle dose 1	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
Vaccin varicelle dose 2	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
<b>Méningite :</b>			
< de 18 ans : méningocoque C nécessaire			
<input type="checkbox"/> Non applicable <input type="checkbox"/> Dose reçue	____/____/____	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Programme de vaccination et de dépistage complété			