

INSTITUT DE FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

Formation aide-soignante
Montée du Docteur Chapuis
38200 VIENNE

SECRETARIAT :

Tel. : 04.74.31.30.42

b.odic@ch-vienne.fr

<http://www.ifsi-vienne.fr>

DIRECTRICE : A. DELPECH

N° FINESS : 38 000 6528

N° existence : 38 07 84 504

N° SIRET : 26.38.00.328.000.35

N° agrément : 82 38 P 374838

FORMATION AIDE-SOIGNANTE

CERTIFICAT DE VACCINATIONS

A remettre au plus tard avant le départ en stage

Je soussigné Docteur

certifie que Madame, Monsieur (nom et prénom).....

Date de naissance :/...../.....

Postulant à l'entrée en formation aide-soignante, a été vacciné(e) contre :

LA POLIOMYELITIS, LA DIPHTERIE ET LE TETANOS		
Date du dernier rappel		
Date	Nom du vaccin	N° lot

L'HEPATITE B	
Schéma vaccinal (GENHEVAC B ou ENGERIX)	
✓ Première injection :/...../.....	✓ Quatrième injection :/...../.....
✓ Seconde injection :/...../.....	✓ Cinquième injection :/...../.....
✓ Troisième injection :/...../.....	✓ Sixième injection :/...../.....
Dosage :	Rappel des taux AC HBs ✓ Si taux >100 UI/l : immunisé ✓ Si taux entre 10 et 100 UI/l : recherche AcantiHBS ✓ Si taux < à 10 UI/l : à voir en fonction du nombre d'injections

Conformément à l'article 1 de l'arrêté du 2 août 2013 fixant les conditions d'immunisation des personnes mentionnées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique, nous considérons que Madame, Monsieur (Nom)..... :

- ☒ est immunisé(e) contre l'hépatite B : ☐ oui ☐ non
☒ ne répond pas à la vaccination contre l'hépatite B : ☐ oui ☐ non

Fait à le/...../.....

Signature et cachet du médecin