



Institut de Formation
en Soins Infirmiers
Annecy

CALENDRIER VACCINAL

A respecter pour votre mise en conformité avec la réglementation sur l'immunisation
des professionnels de santé en France, telle que définie dans la dernière publication
du **Calendrier vaccinal et recommandations vaccinal 2016**
(social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinal_2016.pdf)

La Région
Auvergne-Rhône-Alpes



NOM de naissance :

NOM marital :

Prénom :

Date de Naissance :

FORMATION, Promotion :

<u>VACCINATIONS</u>	<u>à la date du</u>	<u>à faire</u>	<u>Validation</u>
BCG			
Tubertest < 3 mois (mesure de la papule en mm)			
DTCP (*) (dernier rappel) <i>(*) Vaccination coqueluche exigée pour les stages auprès des enfants < 6 mois</i>			
Hépatite B 1			
Hépatite B 2			
Hépatite B 3			
+/- Hépatite B 4			
<u>Bilan sanguin Hépatite B</u>			
Ac Anti HBs =			
AG HBs =			
AC Anti HBc =			
<u>Maladies Infantiles</u>			
ROR 1			
ROR 2			
Autre :			
Maladies contractées dans l'enfance :	<input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Varicelle	Fournir la copie du carnet de santé <i>(page des maladies infantiles)</i> ou le résultat des sérologies (IgG)	

Certifié exact le :/...../.....

Signature :

Cachet du Médecin :