



ATTESTATION DE VACCINATION

Annexe de la délibération n° 64/CP du 19 avril 2017 instituant le chapitre 1^{er} du sous-titre 1^{er} du titre 1^{er} du livre III de la partie réglementaire de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie (vaccinations) et portant diverses mesures d'ordre social.

A fournir obligatoirement à l'entrée en formation

Je soussigné(e), Docteur.....certifie que M. / Mlle / Mme
.....né(e) le / / à
a reçu les vaccinations et actes suivants :

1° / ANTECEDENTS MEDICAUX :

Antécédents de	NON	OUI	ANNEE
Varicelle			
Coqueluche			
Rougeole			
Rubéole			

2° / VACCINATION RECOMMANDÉE :

Vaccination	Date de la dernière injection	Dénomination	N° de lot
Coqueluche/...../.....		

Cette vaccination est fortement recommandée en milieu de soins.

3° / VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

Ces vaccinations sont obligatoires dans les établissements ou organismes publics ou privés de prévention ou de soins, notamment dans les établissements ou organismes sanitaires et sociaux.

3.1 DIPHTERIE – TETANOS – POLIO

	Dates	Dénomination	N° de lot
1 ^{ère} injection/...../.....		
2 ^{ème} injection/...../.....		
3 ^{ème} injection/...../.....		
1 ^{er} rappel (11-16 mois)/...../.....		
2 ^{ème} rappel (6 ans)/...../.....		
Rappel 11 ans/...../.....		
Rappel 16 ans/...../.....		
Rappel 25 ans/...../.....		
Rappel 45 ans/...../.....		
Rappels ultérieurs/...../.....		

3.2 ROUGEOLE

	Dates	Dénomination	N° de lot
1 ^{ère} injection/...../.....		
2 ^{ème} injection/...../.....		

3.3 TUBERCULOSE

BCG réalisé le : / /

Présence d'une cicatrice vaccinale par le BCG oui non

En l'absence de BCG ou de cicatrice vaccinale :

IDR à 5 U : date : / /

Résultat négatif (de 0 à 5mm) <input type="checkbox"/>	Résultat positif : taille de l'induration en mm :
---	---

3.4 HEPATITE B

Antécédents vaccinaux Hépatite B (3 injections obligatoires)

Inj	Date	Dénomination	N° de lot
1			
2			
3			
4			
5			
6			

3.5 SARS-COV-2

*Une copie du carnet de vaccination COVID-19 doit être fournie avec l'attestation

Inj	Date	Dénomination	N° de lot
1			
2			
Rappel			

DOSAGE SEROLOGIQUE OBLIGATOIRE à pratiquer 6 semaines après le dernier rappel

Les résultats du contrôle du taux d'anticorps anti-Hbs doivent être fournis avec l'attestation

Date		Résultat
	Ac antiHBs	
	Ac antiHBc	
	AgHBs	

AgHBs	Ac antiHBs	Ac antiHBc	Statut schéma vaccinal	Conduite à tenir
	>100 UI/l	+ OU -		Immunisation acquise
0	≥10 UI/l	-	Si vaccination complète	Immunisation acquise
			Si vaccination incomplète	Immunisation acquise, mais compléter la vaccination
0	< 10 UI/l	-	Si vaccination complète	Pas encore immunisé(e) Faire une dose vaccinale puis contrôle Ac antiHBs (cible ≥10 UI/l) dans les 4 à 8 semaines (max 6 injections)
			Si vaccination incomplète	Pas encore immunisé(e) Compléter la vaccination puis contrôle Ac antiHBs (cible ≥10 UI/l) dans les 4 à 8 semaines
0	< 10 UI/l	+		Rechercher charge virale : si charge virale indétectable, rechercher l'avis d'un spécialiste sur l'immunisation
0	Entre 10 et 100 UI/l	+		Rechercher charge virale : si charge virale indétectable, immunisation acquise
+				Personne infectée : pas de stage en milieu sanitaire

Situation de l'étudiant(e) vis-à-vis de l'immunisation Hépatite B***

Rayer la mention inutile

L'étudiant(e) est immunisé(e)

L'étudiant(e) n'est pas encore immunisé(e) et doit compléter sa vaccination

L'étudiant(e) ne répond pas à la vaccination

L'étudiant(e) est porteur du virus

Oui	Non*
Oui*	Non
Oui**	Non
Oui*	Non

*Ces situations n'autorisent pas le départ en stage

** L'avis du médecin de la DASS est requis avant le départ en stage

Fait à :

le :

Signature du médecin	Cachet du médecin
----------------------	-------------------