



NOTICE

PASSEPORT VACCINATIONS DES ÉTUDIANTS 2024

Dès maintenant, prenez rendez-vous avec votre médecin ou adressez-vous à un centre de vaccination, afin de faire inscrire sur votre passeport et mettre à jour, si besoin, vos vaccinations.

❖ Les vaccinations obligatoires sont les suivantes :

- **DTP (Diphtérie Tétanos Polio) ou DTCP (Diphtérie Tétanos Polio Coqueluche)** : dernier rappel effectué entre 11 et 13 ans puis à l'âge de 25 ans et à l'âge de 45 ans ; il est recommandé d'y inclure la coqueluche si pas de notion de vaccination ou rappel remontant à plus de 5 ans avec vaccin adapté à l'adulte dTcP.
- **HÉPATITE B : Protocole vaccinal complet ET contrôle sérologie obligatoire** : recherche des Anticorps Anti- HBs et faire une recherche d'Anticorps Anti HBc si taux d'Anticorps Anti HBs inférieur à 100 mUI/ml.
 - ➔ Si le résultat des Anticorps anti HBs est négatif, faire un rappel (dans la limite de 6 injections maximum), puis contrôler à nouveau l'efficacité du vaccin par une sérologie 4 semaines après le rappel.

❖ Les vaccinations ou tests recommandés sont les suivants :

- **Rougeole-Oreillons-Rubéole** : 2 doses de vaccin trivalent pour les personnes nées après 1980 sans antécédent maladie et 1 vaccin pour les personnes nées avant 1980 sans antécédent.
- **Varicelle** : pour les personnes non vaccinées, sans antécédent de maladie et dont la sérologie est négative, 2 injections recommandées.
- le vaccin de la **grippe** vous sera proposé pendant vos études.
- **Tuberculose** : un test tuberculinique est recommandé. Si le résultat du **Tubertest est > 5 mm** (même ancien) : orienter vers le **CLAT pour avis**.

➔ **Transmettez également** une **photocopie de votre carnet de santé** : rubrique vaccinations et maladies infantiles, les résultats de sérologie concernant l'Hépatite B à l'école qui le transmettra secondairement au Service de Santé au Travail du CHRU.

Cette validation est indispensable pour pouvoir démarrer votre formation.

Références réglementaires :

- Code du Travail L 4621-1 et suivants jusqu'à R 4626-35.
- Code de la Santé Publique (vaccinations) article L 3111-4, R 3112-1 à 5.
- Calendrier vaccinal (Haut conseil de santé publique) publié dans le BEH chaque année.

PASSEPORT VACCINATIONS DES ÉTUDIANTS

(Promotion : 20____ / 20____)

Je soussigné(e), Docteur _____

Certifie que M _____ Né(e) le _____, a reçu les vaccinations suivantes :

Date et signature du Médecin :

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

Cadre réservé au
Service de Santé au
Travail

DTP DTPCoq/dTPCoq	Date : Date :	
HÉPATITE B (nom du vaccin à préciser)	Date 1 ^{ère} injection : Date 2 ^{ème} injection : Date 3 ^{ème} injection :	Dates des rappels ou doses additionnelles : 1- 2- 3-
SEROLOGIE HEPATITE B Titrage Anticorps anti-HBs ET sérologie complète si AC-HBs <100 UI/L	Anticorps Anti-HBs Date : ----- si taux d'AC Anti HBs < 100 UI/L : sérologie complète obligatoire Ac anti-HBs Date : Ac anti-HBc Date : Ag HBs Date :	Résultat : ----- Résultat : Résultat : Résultat :

VACCINATIONS/TESTS RECOMMANDÉS

Rougeole-Oreillons-Rubéole	Date 1 ^{ère} injection : Date 2 ^{ème} injection :	Date Maladie :
Varicelle	Date : Date sérologie :	Date Maladie :
Test tuberculique	Date du test : Résultat Si résultat Tubertest >5 mmm (même ancien) → ORIENTER vers le CLAT pour avis	

Signature du Médecin du travail :

Tout dossier médical incomplet ne sera pas validé par le Médecin du Travail



NOM - Prénom :

CERTIFICAT

(à compléter par un médecin agréé)

Je soussigné(e),

Docteur.....

Certifie que M.....

Né(e) le.....

Ne présente pas de contre-indication physique et psychologique à l'exercice de la profession d'infirmier(e).

CACHET

Fait à Le.....

Signature :



Pour les candidats résidant hors Indre-et-Loire et si le cachet du médecin ne comporte pas la mention « médecin agréé de l'administration » **fournir la liste** sur laquelle figure le nom du médecin agréé ou tout autre document justifiant son agrément par l'administration.