



e.p.s.m.d. de l'Aisne

Service Inter-Etablissement de Santé au travail

PASSEPORT MEDICAL RENTREE 2019-2020

Références : Calendrier Vaccinal 2019/ Dictionnaire VIDAL

TOUT DOSSIER VACCINAL INCOMPLET NE PERMET PAS LE DEPART EN STAGE**A REMPLIR UNIQUEMENT PAR LE MEDECIN TRAITANT**

NOM : _____ PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : ____ / ____ / ____ Formation : I.F.S.I. / ____ / I.F.A.S. : / ____ /

ELEMENTS PREUVES OBLIGATOIRES : FOURNIR LES PHOTOCOPIESDES PAGES DES VACCINATIONS ET DES MALADIES INFANTILES DU CARNET DE SANTE
ET DES RESULTATS DU DOSAGE DES ANTICORPS ANTI-HBS ET ANTI-HBC

TUBERTEST	Date et résultat : induration en mm (datant de moins d'1 an) Pas de revaccination si Tubertest Négatif	____/____/____ ____mm
D.T.POLIO	Date du dernier rappel :	____/____/____
HEPATITE B :		
1^{ère} situation <u>VACCINATION ANTERIEURE</u>	Date des injections MO ____/____/____ M1 ____/____/____ M2 ou M6 ____/____/____ M12 ____/____/____ Rappels éventuels : ____/____/____ ____/____/____ <u>Date et résultat du dosage Anticorps anti-HBS et anti-HBC</u> A réaliser au plus tôt 1 mois après le Rappel :	Date ____/____/____ Résultat _____
2^{ème} situation <u>ABSENCE</u> <u>DE VACCINATION</u>	AVANT TOUTE VACCINATION 1 : <u>Date et résultat du dosage Ag Hbs et Anticorps anti-HBS et anti-HBC</u> 2 : <u>Si Ag-HBS et Anticorps anti-HBS et anti-HBC négatifs, commencer le schéma vaccinal :</u> AVANT le 15/07/2019 MO ____/____/____ M1 ____/____/____ M6 ____/____/____ APRES LE 15/07/2019 : JO ____/____/____ J7 ____/____/____ J21 ____/____/____ M12 ____/____/____ IMMUNITE OBLIGATOIRE : AVANT LE 1 ^{ER} DEPART EN STAGE 3 : <u>Date et résultat du dosage Anticorps anti-HBS :</u> à effectuer au plus tôt 1 mois après le M6 ou dosage intermédiaire 1 mois après M1 ou J21 :	Date : ____/____/____ Résultat _____ Date : ____/____/____ Résultat : _____
	VACCINATIONS RECOMMANDEES PHOTOCOPIES DES RESULTATS DES SEROLOGIES VARICELLE ET ROUGEOLE	
COQUELUCHE	A l'occasion d'un rappel	____/____/____
VARICELLE	Antécédents : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si NON : Résultat de la sérologie Date du vaccin : ____/____/____
ROUGEOLE	Antécédents : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Vaccins (R.O.R.) OUI <input type="checkbox"/> Dates des vaccins ____/____/____ NON <input type="checkbox"/> Résultat de la sérologie _____
AUTRES VACCINATIONS	B.C.G./ Cicatrice vaccinale	Oui / ____/ Non / ____/ Date du vaccin ____/____/____
<u>Cachet et signature du Médecin Traitant</u> « obligatoire » :		<u>Avis du Médecin du Travail</u> <input type="checkbox"/> Dossier complet <input type="checkbox"/> Dossier incomplet