

Certificat médical de vaccinations

(Les photocopies des carnets de vaccinations ne sont pas acceptées)

Je soussigné(e) Docteur

certifie avoir examiné, ce jour, Mme, M.

J'atteste que le candidat a subi les vaccinations suivantes :

Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite :

■ Date du dernier rappel : Date du prochain rappel :

Hépatite B :

■ 1^{ère} injection :

■ 2^{ème} injection :

■ 3^{ème} injection :

■ Autres injections :

ATTESTATION MÉDICALE D'IMMUNISATION CONTRE L'HÉPATITE B

Dosage des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B (Ac antiHBs +/- Ac antiHBc et Ag HBs)

Anticorps anti-HBs à une concentration supérieure à 100 UI/l

Anticorps anti-HBs \geq 10 UI/l, anticorps anti-HBc négatif et **vaccination complète***

Anticorps anti-HBs \geq 10 UI/l, anticorps anti-HBc positif mais antigène HBs et PCR négatifs

Anticorps anti-HBs inférieur à 10 UI/l, anticorps anti-HBc négatif et **vaccination complète** (6 injections au total) = patient non répondeur nécessitant une surveillance annuelle des marqueurs sériques du virus de l'hépatite B

* **Vaccination complète** = au moins 2 injections à 1 mois d'intervalle suivies d'une autre injection à au moins 5 mois (ou 2 injections de vaccins adulte à au moins 6 mois d'intervalle entre 11 et 15 ans).

COVID-19 :

■ Vaccination complète le :

Fait à le

Cachet et signature du médecin